



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES  
Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología

**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.**

**TESIS DOCTORAL**

**Presentada por:**

M<sup>a</sup> Sabrina Andreu Mateu

**Dirigida por:**

Dra. Cristina Botella Arbona

Dra. Soledad Quero Castellano

**Castellón Junio 2011**



La presente tesis ha podido realizarse gracias a la Beca de Formación de Personal Investigador de carácter predoctoral (ref. BFPI-2007-212) concedida por la Generalita Valenciana.



## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera agradecer a la Dra. Cristina Botella y a la Dra. Soledad Quero por compartir una parte de la riqueza de su conocimiento conmigo manteniendo largas reuniones y llevando a cabo árduas revisiones. También les estoy muy agradecida por su apoyo y sabio consejo.

En segundo lugar, quisiera expresar mi más sincera gratitud a todas aquellas personas que, directa o indirectamente, han hecho posible la realización de este trabajo. En particular me gustaría mencionar a mis compañeros del SAP (tanto aquellos que siguen estando como los que estuvieron de paso) porque realmente sin su apoyo moral, su tiempo y sus conocimientos no podría estar escribiendo ésto ahora mismo. También a la profesora Azucena, pues su orientación en relación a los casos clínicos ha sido una fuente importante de aprendizaje y mejora. A Adrian, porque fue él quien me dijo que en la universidad existía una puerta que yo podía abrir, y “ya ves, al final he cruzado el umbral”. Y a Jose, quién ha sabido lidiar con mi persistencia y con mis deficiencias metodológicas y conseguir que “empezara” a comprender todo este complejo mundo de los análisis y las pruebas estadísticas.

Mención especial merecen todas las personas que han formado parte del presente estudio pues sin ellos, realmente, este trabajo no tendría ningún sentido. Su capacidad de sincerarse y su valentía para dejarme ver su gran interior (con sus miedos y sus fortalezas), sus comentarios, su tiempo y su dedicación han sido cruciales para su mejoría, pero sobre todo, han sido vitales para mi propio desarrollo como profesional y como persona. Siempre los llevará en mi mente y en mi corazón.

Igualmente, quisiera agradecer a mis amigos porque siempre han estado ahí durante este largo camino. Especialmente a Cinta, a Toño, a Carmen y a Ana Belén con quienes he compartido penas y alegrías, quienes me han escuchado y apoyado incondicionalmente cuando les he necesitado y quienes han constituido esa “otra familia” de la cuál siento que formo parte y por la cuál siempre me he sentido querida.

Especialmente agradecida estoy a mi familia. A mis padres porque desde siempre me han apoyado en mi deseo de aprender y me han animado a seguir hacia delante. A mi abuela por su ejemplo y fortaleza. Y a mi hermana y mis pequeños “consentidos”, Marta y Alberto, porque ellos han constituido esa parte de realidad, agena al mundo de los libros y de la cabeza, que me ha hecho poner los pies en la tierra y disfrutar de sentirme viva.

Y finalmente, te estoy muy agradecida a ti, David. A mi compañero fiel que desde el principio has comprendido mi situación y lo limitado de mi tiempo, que siempre me has apoyado y has buscado la manera de facilitarme las cosas y ahorrarme trabajo, que has incado codos a mi lado y, sobre todo, que siempre, siempre, me has querido como soy. Gracias.



# ÍNDICE

I- INTRODUCCIÓN .....	1
II- MARCO TEÓRICO .....	3
1. LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS.....	3
1.1. DIAGNÓSTICO.....	3
1.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	12
1.2.1. Prevalencia.....	12
1.2.2. Curso.....	17
1.2.3. Comorbilidad.....	20
1.2.4. Diagnóstico diferencial.....	22
1.3. POLÉMICAS DIAGNÓSTICAS.....	25
1.3.1. El TA y su situación dentro de las clasificaciones psiquiátricas modernas.....	25
1.3.2. Las características de los criterios diagnóstico actuales del TA. ....	29
1.3.3. La utilidad diagnóstica de los TA. ....	33
1.3.4. El Duelo.....	36
1.4. MODELOS EXPLICATIVOS.....	39
1.4.1. Modelos generales relacionados con la patología derivada del estrés.....	39
1.4.2. Modelos teóricos del Trastorno de Estrés Postraumático.....	45
1.4.3. Modelos teóricos específicos para los TA.....	50
1.5 EVALUACIÓN DE LOS TA.....	55
1.5.1. Instrumentos diagnósticos.....	55
1.5.2. Instrumentos que evalúan síntomas asociados al TA.....	59
1.5.3. Medidas psicofisiológicas.....	61
1.6 TRATAMIENTOS PARA LOS TA.....	63
1.6.1. Tratamientos Psicológicos.....	63
1.6.2. Tratamientos farmacológicos.....	80

2. EL USO DE LA REALIDAD VIRTUAL EN LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS .....	87
2.1. DEFINICIÓN DE REALIDAD VIRTUAL. ....	87
2.2. SISTEMAS Y DISPOSITIVOS DE REALIDAD VIRTUAL. ....	94
2.3. VENTAJAS Y DIFICULTADES RELACIONADAS CON LA APLICACIÓN DE LA REALIDAD VIRTUAL EN LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.....	99
2.4. APLICACIONES DE LA REALIDAD VIRTUAL EN LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS. ....	106
2.4.1. La RV aplicada al tratamiento de los trastornos psicológicos no vinculados directamente al estrés. ....	106
2.4.2. La RV aplicada en el tratamiento de los trastornos relacionados con el estrés. ....	109
3. "EL MUNDO DE EMMA" Y EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS.....	113
III-MARCO EXPERIMENTAL .....	117
4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	117
5. MÉTODO .....	119
5.1. RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	119
5.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA .....	120
5.3. INSTRUMENTOS Y MEDIDAS DE EVALUACIÓN .....	122
5.3.1. Instrumentos diagnósticos:.....	122
5.3.2. Medidas de interferencia y gravedad:.....	124
5.3.3. Escalas para medir los objetivos de terapia:.....	125
5.3.4. Otras medidas clínicas relevantes .....	126
5.3.5. Medidas de expectativas, satisfacción y preferencia en relación al tratamiento:.....	129
5.3.6. Hojas de consentimiento informado:.....	131
5.4. DISEÑO Y CONDICIONES EXPERIMENTALES.....	132
5.5. PROCEDIMIENTO.....	135
6. EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO .....	139
6.1. LA BASE LÓGICA DEL PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PARA LOS TA. ....	139

6.2. COMPONENTES DE TRATAMIENTO PARA LOS TA .....	141
6.1.1. Psicoeducación. ....	141
6.1.2. La aceptación, afrontamiento y aprendizaje a partir de los problemas.....	142
6.1.3. Técnica de la Exposición.....	149
6.1.4. Prevención de recaídas. ....	149
7. EL AMBIENTE VIRTUAL: EL MUNDO DE EMMA.....	151
7.1. DESCRIPCIÓN DEL HARDWARE Y DEL SOFTWARE DEL MUNDO DE EMMA....	151
7.2. DESCRIPCIÓN DEL AMBIENTE VIRTUAL .....	153
7.2.1. La habitación de EMMA .....	153
7.2.2. Los entornos de EMMA.....	160
7.2.3. Posibilidades de interacción y modificación del ambiente virtual .....	164
8. APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO EN LAS DOS MODALIDADES: LA CONDICIÓN DEL MUNDO EMMA Y LA CONDICIÓN TRADICIONAL .....	167
8.1. AGENDA DE LAS SESIONES DE TRATAMIENTO.....	167
9. RESULTADOS .....	175
9.1. DIFERENCIAS ENTRE LAS 3 CONDICIONES EXPERIMENTALES ANTES DEL TRATAMIENTO. ....	176
9.1.1. Variables demográficas y de diagnóstico.....	176
9.1.2. Variables clínicas de interferencia y gravedad.....	178
9.1.3. Objetivos terapéuticos.....	180
9.1.4. Otras variables clínicas relevantes.....	183
9.2. EFICACIA DIFERENCIAL ENTRE LAS 3 CONDICIONES EXPERIMENTALES: COMPARACIONES PRE-POST-TRATAMIENTO .....	185
9.2.1. Variables clínicas de interferencia y gravedad. ....	185
9.2.2. Objetivos terapéuticos.....	187
9.2.3. Otras variables clínicas relevantes.....	189

9.3. EFICACIA DIFERENCIAL ENTRE LOS 2 GRUPOS DE TRATAMIENTO EN LOS DISTINTOS MOMENTOS DE EVALUACIÓN: PRE-TRATAMIENTO, POST- TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTOS .....	192
9.3.1. Variables clínicas de interferencia y gravedad.....	192
9.3.2. Objetivos terapéuticos.....	195
9.3.3. Otras variables clínicas relevantes .....	200
9.4. ESTIMACIÓN DEL CAMBIO CLÍNICO PRODUCIDO POR EL TRATAMIENTO.....	203
9.4.1. Índice de cambio fiable (ICF).....	204
9.4.2. Índice de cambio clínicamente significativo (ICCS). .....	206
9.4.3. Índice compuesto de cambio (ICC).....	208
9.5. MEDIDAS DE EXPECTATIVAS, SATISFACCIÓN Y PREFERENCIAS EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO POR PARTE DE LOS PACIENTES .....	211
9.6. MEDIDAS DE OPINIÓN EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO POR PARTE DE LOS TERAPEUTAS.....	215
9.7. OPINIONES Y COMENTARIOS CUALITATIVOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO POR PARTE DE LOS PARTICIPANTES Y DE LOS TERAPEUTAS .....	216
9.7.1. Opinión cualitativa de los participantes .....	216
9.7.2. Opinión cualitativa de los terapeutas.....	220
10. DISCUSIÓN .....	225
11. CONCLUSIONES.....	245
IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	246
V. ANEXOS .....	276
ANEXO 1: TABLA RESUMEN DE LOS INSTRUMENTOS Y MEDIDAS DE EVALUACIÓN .....	278
ANEXO 2: INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS .....	280
ANEXO 3: MEDIDAS DE INTERFERENCIA Y GRAVEDAD .....	308
ANEXO 4: ESCALAS PARA MEDIR LOS OBJETIVOS DE TERAPIA.....	310
ANEXO 5: OTRAS MEDIDAS CLÍNICAS RELEVANTES.....	312
Medidas específicas de TA.....	312
Medidas de psicopatología general .....	316

Medidas de autoeficacia y autoestima.....	320
Media de Crecimiento Postraumático.....	323
ANEXO 6: MEDIDAS DE EXPECTATIVAS, SATISFACCIÓN Y PREFERENCIA EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO .....	326
ANEXO 7: HOJAS DE CONSENTIMIENTO.....	334

## ÍNDICE TABLAS

Tabla 1: Clasificación de los TA en los diferentes DSM. ....	3
Tabla 2: Criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el diagnóstico de los TA. ....	6
Tabla 3: Criterios de la CIE-10 (OMS, 1992) para los Trastornos de Adaptación.....	9
Tabla 4: Descriptivos de las variables demográficas de los tres grupos experimentales en el pre-test .....	120
Tabla 5: Resumen de los participantes asignados a cada condición.....	134
Tabla 6: Resumen de la agenda de las sesiones del protocolo de tratamiento de los TA .....	173
Tabla 7 - Descriptivos de las variables demográficas de los tres grupos experimentales en el pre-tratamiento.....	176
Tabla 8 - Número y porcentaje de casos de la muestra correspondientes a cada uno de los subtipos diagnósticos de TA .....	177
Tabla 9 - Variables clínicas de interferencia y gravedad analizadas utilizando ANOVA de los tres grupos experimentales en el pre-tratamiento .....	179
Tabla 10 - Medidas del primero de cada uno de los objetivos terapéuticos específicos establecidos en los tres grupos experimentales en el pre-tratamiento .....	181
Tabla 11 - Medidas del segundo de cada uno de los objetivos terapéuticos específicos establecidos en los tres grupos experimentales en el pre-tratamiento .....	182
Tabla 12 - Puntuaciones correspondientes a las emociones positivas y negativas en los tres grupos experimentales en el pre-tratamiento .....	183
Tabla 13 - Otras variables clínicas de autoinforme de los tres grupos experimentales en el pre-tratamiento.....	184
Tabla 14 - Medias y desviaciones típicas de las variables clínicas de interferencia y gravedad de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento .....	186

Tabla 15 - Análisis de varianza de medidas repetidas de las variables clínicas de interferencia y gravedad de los tres grupos experimentales en el pre y el post-test	186
Tabla 16 - Medias y desviaciones típicas de las variables del objetivo terapéutico número 1 de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento	187
Tabla 17 - Análisis de varianza de medidas repetidas de las variables clínicas del objetivo terapéutico 1 de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento	188
Tabla 18 - Medias y desviaciones típicas de las emociones positivas y negativas de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento	188
Tabla 19 - Análisis de varianza de medidas repetidas de las emociones positivas y negativas de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento	189
Tabla 20 - Medias y desviaciones típicas de otras variables clínicas de autoinforme de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento	190
Tabla 21 - Análisis de varianza de otras variables clínicas relevantes de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento	191
Tabla 22: Medias y desviaciones típicas de las variables clínicas de interferencia y gravedad pre, post y seguimientos	193
Tabla 23 -Análisis de varianza de las variables clínicas de interferencia y gravedad pre, post y seguimientos	194
Tabla 24: Medias y desviaciones típicas de las variables clínicas del objetivo terapéutico 1 en el pre, post y seguimientos	195
Tabla 25: Análisis de varianza de las variables clínicas del objetivo terapéutico 1 pre, post y seguimientos	196
Tabla 26 - Medias y desviaciones típicas de las variables clínicas de las emociones positivas y negativas en el pre, post y seguimientos	198
Tabla 27 - Análisis de varianza de las variables clínicas de las emociones positivas y negativas en el pre, post y seguimientos	198
Tabla 28 - Medias y desviaciones típica de otras variables clínicas relevantes en el pre, post y seguimientos	200
Tabla 29 - Análisis de varianza de otras variables clínicas relevantes en el pre, post y seguimientos	202
Tabla 30: Medidas del número de sesiones de tratamiento utilizadas	202
Tabla 31: Índice de cambio fiable para las puntuaciones de los cuestionarios PANAS, BDI-II y PTGI en el post-tratamiento y los seguimientos	206

Tabla 32: Índice de cambio clínicamente significativo de los objetivos de terapia principales en el post-tratamiento y en los seguimientos. ....	207
Tabla 33: Resultados del Índice de Cambio Compuesto (ICC) .....	210
Tabla 34: Medidas de las expectativas sobre el tratamiento de las dos condiciones de tratamiento analizadas utilizando ANOVAs de un factor en el pre-test .....	212
Tabla 35: Medias y Desviaciones Típicas de la opinión sobre el tratamiento en las dos condiciones de tratamiento en el post y los seguimientos .....	213
Tabla 36: Resultados de los ANOVAs en relación a la satisfacción sobre el tratamiento en el post-test y los seguimientos .....	213
Tabla 37 - Preferencia de Iso participantes en función del grupo experimental.....	214
Tabla 38: Medidas de la opinión de los terapeutas sobre el tratamiento .....	215

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Modelos de Lazarus y Folkman de Afrontamiento al Estrés (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1984) .....	43
Figura 2- Modelos Cognitivo de los Trastornos Adaptativos (I) (Botella, Baños y Guillén, 2008).....	53
Figura 3 - Modelo Cognitivo de los Trastornos Adaptativos (II) (Botella, Baños y Guillén, 2008).....	54
Figura 4 - Usuario utilizando un Sistema de RV .....	90
Figura 5 - Dispositivos de entrada de información al Sistema de RV (ratón, joystick, conjunto de volante, mandos y pedales y dataglove).....	91
Figura 6 -Dispositivos de salida del Sistema de RV (altavoces, proyector, casco de RV) .....	91
Figura 7 - Ambientes de RV (ascensor y avión).....	92
Figura 8- Usuario utilizando un sistema de sobremesa con un videojuego .....	95
Figura 9 - Usuario utilizando un HMD .....	96
Figura 10 - Sistema CAVE.....	97
Figura 11- Workbench o Banco de Trabajo .....	97
Figura 12 - Sistema de RV con imágenes tridimensionales no envolventes sobre una única pantalla .....	98

Figura 13 - Flujo de participantes .....	134
Figura 14 - Dos perspectivas de la "habitación de EMMA" .....	153
Figura 15 - Objetos diseñados en 3D de la base de datos de EMMA .....	155
Figura 16 - Fotografías del IAPS de la base de datos de EMMA .....	155
Figura 17 - Músicas y sonidos de la base de datos de EMMA .....	156
Figura 18 - Lemas de la base de datos de EMMA (listado de lemas que se pueden escoger y ejemplo de uno de éstos) .....	156
Figura 19 - Peanas de la base de datos de EMMA (balcón de descarga y peana con objeto) .....	158
Figura 20 - Inventario .....	158
Figura 21 - Libro de la vida (sin escribir y con elementos incorporados) .....	159
Figura 22 - Procesador emocional .....	160
Figura 23 - Entorno del prado .....	161
Figura 24 - Entorno del paisaje nevado .....	162
Figura 25 - Entorno de la playa .....	163
Figura 26 - Entorno del zarzal .....	163
Figura 27 - Entorno del desierto .....	164
Figura 28 - Variaciones del entorno de la playa (playa de noche con tormenta y playa de día) .....	166
Figura 29 - Evolución de las variables de interferencia y gravedad en el pre, post y seguimientos .....	194
Figura 30 - Evolución de los objetivos terapéuticos principales en el pre, post y seguimientos .....	197
Figura 31 - Evolución de las variables emocionales en el pre, post y seguimientos..	199
Figura 32 - Evolución de "otras variables clínicas relevantes" en el pre, post y seguimientos .....	201
Figura 33 - Evolución del ICC .....	210

# I- INTRODUCCIÓN

A lo largo de toda nuestra vida, las personas debemos enfrentarnos a diversas situaciones que nos resultan estresantes y difíciles y, la mayoría de nosotros, las afrontamos de una forma más o menos satisfactoria. Sin embargo, existen algunos casos en los que dicho afrontamiento no se produce de forma adecuada provocando, como consecuencia, un importante malestar y una interferencia notable en las actividades sociales y laborales del individuo. Esta reacción desadaptada, más intensa y prolongada de lo esperable, es la base de los denominados Trastornos Adaptativos (TA).

Como se pondrá de manifiesto a lo largo del presente trabajo, en el campo de los TA no se ha llegado todavía a establecer un adecuado consenso en relación a cuestiones tan relevantes como su conceptualización o sobre la mejor forma de abordarlo terapéuticamente. Alrededor de estos trastornos se ha generado una situación bastante paradójica pues, si bien por un lado, constituyen un problema muy extendido en las consultas clínicas (Despland, Monod y Ferrero, 1995), afectan a un gran número de personas (en función del tipo de muestra tenida en cuenta se llegan a estimar cifras de prevalencia superiores al 30% y al 50%; DSM-IV) y se subraya que representan un importante problema de salud (van der Klink, Blonk, Schene y van Dijk, 2003); por otro, han recibido un escaso interés por parte de los investigadores. La realidad es que en estos momentos el conocimiento que se tiene sobre ellos es bastante limitado y no cuentan con ningún protocolo tratamiento de tratamiento basado en la evidencia para abordarlos.

Incluso, como después veremos, a pesar de que el TA es considerado por muchas personas transitorio y de poca gravedad, en muchos casos, puede tener consecuencia muy graves, como el suicidio (Goldston, Daniel y Reboussin, 1998; Kryzhanovskaya y Canterbury (2001) y parece conllevar repercusiones especialmente graves en los individuos más jóvenes (Andreasen y Hoenk, 1982; Portzky, Audenaert y van Heeringen, 2005), algo que nos

debería hacer reflexionar dada la importancia que esto puede tener para limitar su capacidad de autonomía y su percepción de autoeficacia en el futuro.

Un aspecto adicional recogido por la presente tesis sobre el que queremos llamar la atención (dada la actualidad que tiene en estos momentos), es la utilización de los sistemas de realidad virtual (RV) en el ámbito de la Psicología Clínica. Esta tecnología ya ha sido utilizada como soporte para la aplicación de algunos protocolos de tratamiento en problemas como las fobias, o el trastorno de pánico con agorafobia entre otros (Rothbaum, Hodges, Kooper, Opdyke, Williford y North, 1995; Carlin, Hoffman y Weghorst, 1997; Strickland, 1997; Hoffman, Patterson y Carrougner, 2000; Botella, García-Palacios, Quero, Baños y Bretón-López, 2006) y los resultados han sido positivos. En este ámbito, nuestro grupo ha desarrollado un dispositivo virtual novedoso y muy versátil que se ha utilizado en el tratamiento de los trastornos relacionados con el estrés. Esta aplicación ha ofrecido resultados preliminares favorables en un estudio controlado cuya muestra estuvo compuesta por pacientes que padecían bien un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), un Duelo Complicado (DC) o un TA (Guillén, 2008).

A partir de dichos resultados, nos pareció que tenía interés llevar a cabo un trabajo que combinara estos dos campos que por el momento siguen estando necesitados de datos y evidencias científicas, los TA y la utilización de la RV en los tratamientos psicológicos.

## II- MARCO TEÓRICO

### 1. LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS.

#### 1.1. DIAGNÓSTICO

Desde hace bastante tiempo se ha reconocido la existencia de individuos que ante acontecimientos estresantes reaccionan con síntomas emocionales y conductuales excesivos que, frecuentemente, se resuelven espontáneamente. En este sentido se puede observar que el primer Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-I (APA, 1952) ya incluyó esta condición clínica en su clasificación y la consideró una categoría diagnóstica aislada, bajo el nombre de Trastorno situacional transitorio de la personalidad. Posteriormente, el DSM-II, en 1968, la recogió bajo el término Reacción de adaptación. Y, finalmente, el DSM-III en 1980 le otorgó su nomenclatura actual, Trastorno Adaptativo, la cual se ha mantenido sin variaciones tanto en el DSM-IV (APA, 1994) como en el DSM-IV-TR (APA, 2000). En relación a la clasificación del TA en el futuro DSM-V se proponen algunas modificaciones que serán comentadas más adelante, que pueden consultarse en la siguiente dirección electrónica (<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>). La evolución de la nomenclatura y de los subtipos tenidos en cuenta por cada una de las versiones del DSM se puede observar en la Tabla 1.

**Tabla 1: Clasificación de los TA en los diferentes DSM.**

DSM-I (1952): Trastorno de la personalidad situacional transitorio	DSM-II (1968): Trastorno situacional transitorio
Reacción excesiva al estrés	Reacción adaptativa de la infancia
Reacción situacional adulta	Reacción adaptativa de la niñez
Reacción adaptativa de la infancia	Reacción adaptativa de la adolescencia
Reacción adaptativa de la niñez	Reacción adaptativa de la vida adulta
Reacción adaptativa de la adolescencia	Reacción adaptativa de la vejez
Reacción adaptativa de la tercera edad	
Otros trastornos situacionales y transitorios de la personalidad	

DSM-III (1980): Trastorno adaptativo	DSM-IV (1994) y DSM-IV-TR (2000):
--------------------------------------	-----------------------------------

	Trastorno adaptativo
Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido	Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
Trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso	Trastorno adaptativo con ansiedad
Trastorno adaptativo con síntomas emocionales mixtos	Trastorno adaptativo con ansiedad y estado de ánimo depresivo
Trastorno adaptativo con alteración de la conducta	Trastorno adaptativo con trastorno de comportamiento
Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y de la conducta	Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento
Trastorno adaptativo con inhibición laboral (o académica).	Trastorno adaptativo no especificado
Trastorno adaptativo con retraimiento social	
Trastorno adaptativo con rasgos atípicos	

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) también recogió la importancia de la dificultad en la adaptación que presentan determinadas personas ante la vivencia de una situación estresante incorporando el término de trastorno de adaptación en la novena revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, la CIE-9 de 1978, aunque sólo entre paréntesis: “Reacción psicógena (trastorno de adaptación)”. Posteriormente, la CIE-10 (OMS, 1992) eliminó el paréntesis manteniendo el Trastorno de adaptación como categoría diagnóstica propia incluida dentro de la entidad nosológica más amplia de “Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación”.

A continuación, pasamos a detallar las principales características diagnósticas de cada una de estas clasificaciones que, como podrá verse, presentan similitudes pero también importantes diferencias.

Los criterios que el DSM-IV-TR (APA, 2000) establece para el diagnóstico del TA se presentan en la Tabla 2. Las características definitorias del TA, según este manual (APA, 2000, págs. 623-27) son: “una respuesta psicológica a uno o varios estresantes identificables que comportan la aparición de síntomas emocionales o de comportamiento clínicamente significativos”. Un criterio temporal que establece que: “los síntomas deben

presentarse durante los 3 meses siguientes al inicio del estresor” y “deben resolverse dentro de los 6 meses que siguen a la desaparición del mismo (o de sus consecuencias)”, pudiendo persistir más tiempo si los síntomas “aparecen en respuesta a un estresor crónico (p.ej., una enfermedad médica incapacitante y crónica) o a un estresor con repercusiones importantes (p.ej., dificultades económicas y emocionales a partir de un divorcio)”. En relación al tipo de estresores, el DSM-IV-TR indica que estos pueden ser muy variados: una ruptura sentimental, problemas económicos, independización del hogar, catástrofes naturales. Y por lo que se refiere al criterio de significación clínica, los síntomas deben provocar “un malestar superior al esperable, dada la naturaleza del estresor” o “un deterioro significativo de la actividad social o profesional (o académica)”.

Por otro lado, el DSM-IV-TR relega el TA tras otros diagnósticos explicitando que: “esta categoría no debe utilizarse si el trastorno cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I”, si “es una exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o del Eje II” o si “los síntomas representan una reacción de duelo”. 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, aunque no ofrece una operacionalización de los mismos. 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.

**Tabla 2: Criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el diagnóstico de los TA.**

**A.** La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un acontecimiento estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del acontecimiento estresante.

**B.** Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:

1. malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
2. deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)

**C.** La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.

**D.** Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

**E.** Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

*Especificar si:*

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

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

Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV.

**F43.20 Con estado de ánimo depresivo [309.0]**

**F43.28 Con ansiedad [309.24]**

**F43.22 Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]**

**F43.24 Con trastorno de comportamiento [309.3]**

**F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309.4]**

**F43.9 No especificado [309.9]**

Junto a los criterios señalados, el DSM-IV-TR establece algunas aclaraciones o especificaciones que ayudan a completar el cuadro representado por este trastorno y que es conveniente tener presente. Por una parte, la posición que adopta el DSM-IV-TR, en cuanto a la conceptualización del TA para su clasificación, es la de considerarlo como “una categoría residual que se utiliza para describir las alteraciones que aparecen en respuesta a un estresante identificable y que no cumplen los criterios para otro trastorno específico del Eje I “.

Por lo que se refiere a la significación clínica, ésta es evaluada en función del malestar o la interferencia que el trastorno le causa a la persona. En concreto, se indica que el malestar debe ser “mayor de lo esperable dada la naturaleza del estresor” y/o producir una interferencia que constituya una

alteración significativa en su funcionamiento social o laboral. Por otra parte, el DSM-IV señala que se han encontrado casos en los que el trastorno se ha asociado a otra sintomatología como: intentos de suicidio, suicidio, consumo excesivo de sustancias y quejas somáticas. Y que en determinados grupos (como niños, adolescentes y pacientes con patología médica y quirúrgica) se ha observado la coexistencia de trastornos mentales pre-existentes con la aparición de un TA. Por último, añade que hay que tener en cuenta que la aparición de estos trastornos puede complicar el curso de una enfermedad en individuos que tengan una patología médica, ya que puede favorecer el incumplimiento terapéutico y prolongar los ingresos hospitalarios.

En cuanto a los criterios de exclusión, el DSM-IV-TR permite establecer el diagnóstico de TA aunque exista otro trastorno previo en los Ejes I o II, siempre que los síntomas de dicho trastorno no puedan explicar los que han aparecido en respuesta al acontecimiento estresante. De la misma forma, también establece la posibilidad de diagnosticar un TA en el caso de una reacción de duelo cuando se considera que ésta es excesiva o más prolongada de lo que cabría esperar.

Por último, en relación a la división de los TA en subtipos hay que señalar que, si el trastorno persiste más allá de los 6 meses tras el cese de la situación estresante o sus consecuencias, el diagnóstico específico que se hubiera establecido con anterioridad debe cambiarse por el de trastorno no especificado.

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 con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante”. Las pautas para el diagnóstico según este manual se presentan en la Tabla 3. 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 hecho estresante; y la necesidad de que

pueda demostrarse una relación temporal entre dicho acontecimiento y la aparición de los síntomas. El intervalo temporal que la CIE-10 establece como más frecuente es de un mes, aunque indica que puede ser mayor siempre que no supere los tres meses. En relación 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 acontecimiento estresante, la CIE-10 indica que éste puede ser de muy diversa índole: “El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado) y, además, puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad”.

Este sistema de clasificación señala que las manifestaciones clínicas pueden ser muy variadas: “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 del cómo se lleva a cabo la rutina diaria”. También indica que las expresiones “dramáticas o explosiones de violencia” pueden ocurrir, pero son raras, y que: “los trastornos disociales (p.ej., un comportamiento agresivo o antisocial) pueden ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes”. Por su parte, 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 conglomerado de síntomas.

Respecto a los criterios de exclusión, la CIE-10 impide el diagnóstico de TA si alguno de los síntomas es “por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico”. Y, en cuanto a las especificaciones ofrece, al igual que el DSM-IV-TR, un listado de subtipos relacionados con las manifestaciones clínicas (Ver Tabla 3).

**Tabla 3: Criterios de la CIE-10 (OMS, 1992) para los Trastornos de Adaptación**

**Pautas para el diagnóstico**

- a) La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas.
- b) Los antecedentes y la personalidad.
- c) El acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica.

Incluye:

"Shock cultural".  
Reacciones de duelo.  
Hospitalismo en niños.

Excluye:

Trastorno de ansiedad de separación en la infancia (F93.0).

Si se satisfacen las pautas de trastorno de adaptación, la forma clínica o manifestación predominantes pueden ser especificadas mediante un quinto carácter adicional:

**F43.20 Reacción depresiva breve**

**F43.21 Reacción depresiva prolongada**

**F43.22 Reacción mixta de ansiedad y depresión**

**F43.23 Con predominio de alteraciones de otras emociones**

**F43.24 Con predominio de alteraciones disociales**

**F43.25 Con alteración mixta de emociones y disociales**

**F43.28 Otro trastorno de adaptación con síntomas predominantes no especificados.**

Al igual que el DSM-IV-TR, la CIE-10 también aporta información adicional complementaria a las pautas diagnósticas que es importante tener en cuenta a la hora de abordar este trastorno. La primera de las cuestiones tiene que ver con la forma en que la CIE-10 concibe y clasifica a los TA. Según este sistema clasificatorio, el TA no es una categoría residual y aislada (como postula el DSM-IV-TR), sino una entidad diagnóstica equiparable a las demás. Los TA, además, compartirían con otros trastornos el denominador común de “aparecer siempre como una consecuencia directa de un estrés agudo grave o de una situación traumática sostenida” que interfiere con los mecanismos de adaptación normal por lo que provoca malestar en el individuo y deterioro en su rendimiento social. De esta forma, el TA queda incluido junto a la Reacción de estrés agudo (REA), el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y Otras reacciones a estrés grave, en una supracategoría diagnóstica que recibe el nombre de “Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación”.

Otra cuestión que merece ser destacada es la inclusión explícita, entre los criterios diagnósticos de los TA, de 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. De hecho, la CIE-10 señala que estos factores influyen en los TA de un modo más importante que en el resto de los trastornos clasificados en su mismo grupo. De esta forma, retoma una visión más humanista y global del individuo que permite recoger información muy valiosa a la hora de comprender y tratar el problema.

Por otra parte, en cuanto al duelo, la CIE-10 permite que éste sea codificado como TA en el caso de que la reacción se considere anormal por sus manifestaciones o contenido, o cuando sea aún intensa transcurridos más de seis meses desde el fallecimiento.

En relación a la persistencia de los síntomas, la CIE-10 establece que éstos “rara vez exceden los seis meses, excepto para la reacción depresiva prolongada”. Pero, al igual que el DSM-IV-TR, también indica que si la duración de los síntomas persiste pasado ese periodo de tiempo, el diagnóstico: “debería modificarse de acuerdo con el cuadro clínico presente y cualquier estrés mantenido puede codificarse mediante uno de los códigos Z”.

En cuanto a los subtipos existe bastante acuerdo entre ambas clasificaciones, aunque presentan algunas diferencias significativas. Ambas están de acuerdo en que la expresión del trastorno puede consistir fundamentalmente en una reacción depresiva. Sin embargo, mientras que el DSM-IV-TR establece una sola categoría para recoger dicha manifestación clínica, la CIE-10 establece dos subtipos en función de la duración de dicha reacción: la reacción depresiva breve (menos de un mes) y la prolongada (menos de dos años). Otra diferencia la encontramos en relación a las manifestaciones ansiosas puesto que el DSM-IV-TR establece que la ansiedad puede manifestarse como reacción principal, mientras que la CIE la contempla únicamente asociada con la depresión. Sin embargo, la CIE-10 permite establecer un subtipo basado en la alteración exclusiva de otras emociones,

mientras que el DSM-IV-TR exige que dichas alteraciones vayan unidas a alteraciones en el comportamiento.

Finalmente, hay que añadir que en las propuestas realizadas para el futuro DSM-V la situación que se dibuja se asemeja bastante más a la planteada por la CIE-10. Por un lado, los investigadores proponen incluir los trastornos adaptativos dentro del apartado más amplio de los trastornos relacionados con el trauma y el estrés. Por otro lado, se elimina la exclusión explícita del duelo, siempre que los síntomas del mismo perduren como mínimo durante un periodo de doce meses tras el fallecimiento del ser querido. Por último, además de los subtipos actuales, se propone añadir dos subtipos más: 1) el TA con síntomas similares al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) o al Trastorno de Estrés Agudo (TEA); y 2) el TA relacionado con el duelo para el cual no se contempla la limitación temporal de los 6 meses. Sin embargo, en relación al subtipo relacionado con el duelo existe también la propuesta de incluirlo en un Apéndice con el objetivo de llevar a cabo una mayor investigación. En la siguiente página web se pueden consultar las propuestas relacionadas con el futuro DSM-V: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.

Sin embargo, tras lo expuesto anteriormente y a pesar de las propuestas para el nuevo DSM-V, podemos decir que los criterios diagnósticos referidos al TA son bastante vagos y no ofrecen especificaciones claras para apresar adecuadamente todas las manifestaciones del trastorno. La incertidumbre que ello genera, unida a la falta de consenso en alguna de las cuestiones señaladas contribuye, por una parte, a explicar las importantes dificultades que clínicos e investigadores deben enfrentar a la hora de abordar las tareas de diagnosticar, estudiar y tratar este trastorno. Y, por otra, compromete la fiabilidad de los resultados obtenidos en los pocos estudios científicos que sobre los TA se han llevado a cabo hasta el momento.

## **1.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

### **1.2.1. Prevalencia.**

Aunque el DSM-IV-TR señala que el TA es un diagnóstico común, las evidencias disponibles en relación a tal afirmación no son concluyentes. De hecho, hasta el momento, sólo uno de los grandes estudios epidemiológicos llevados a cabo en la población general lo ha incluido entre las categorías examinadas; el proyecto ODIN (*Outcome of Depression International Network Project*) (Ayuso-Mateos et al., 2001). Además, 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%, pero 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, Dobricki, Komproe, de Jong y Maercker (2010) analizaron, basándose en una nueva propuesta de modelo para los TA, los datos proporcionados por un estudio epidemiológico internacional llevado a cabo entre 1997 y 1999 en diferentes campos de refugiados encontrando una prevalencia de entre el 6% y el 40%. Maercker et al. (2008), al estudiar una población de 570 ancianos hallaron que, 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 (Maercker et al., 2008). En esta misma muestra la prevalencia de otros trastornos fue del 4,2% para el TEPT, del 2,3% para la depresión mayor y del 5,8% y 2,1% para el duelo complicado en mujeres y hombres, respectivamente. Por su parte, Lung, Lee y Shu (2006) encontraron una prevalencia del 8,9% y del 2,6% entre los estudiantes de dos escuelas militares taiwanesas en las que el modelo disciplinario aparecía como el factor precipitante en el desarrollo del TA.

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%. Grassi et al. (en prensa), siguiendo los criterios del DSM-IV-TR y excluyendo el diagnóstico cuando existía comorbilidad, encontraron una prevalencia del 12% en una muestra de 807 pacientes ambulatorios reclutados consecutivamente en diferentes centros médicos. Por último, Strain y Diefenbacher (2008), 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.

En estudios con muestras más pequeñas y específicas hallamos también ejemplos de prevalencias elevadas. Por ejemplo, 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. 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 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 respectivamente una prevalencia del 20% y del 35%, siendo el subtipo más frecuente en ambos casos el TA mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo.

Por otra parte, los datos aportados por los escasos estudios llevados a cabo en pacientes psiquiátricos indican también que el TA es un diagnóstico común (Casey, 2009). Por ejemplo, Despland, Monod y Ferrero (1995) encontraron una prevalencia del 23% en una muestra de 1308 pacientes psiquiátricos ambulatorios. 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. No obstante, dicha cifra disminuía al 11% cuando se aplicaba la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID, First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1996), 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, Monod y Ferrero, 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. Este diagnóstico es también muy frecuente entre los pacientes de atención primaria (Blacker y Clare, 1988) y en las personas que se auto-infringen daño deliberadamente (Schnyder y Valach, 1997).

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 atendidos en una clínica de atención secundaria. 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%. 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.

Como hemos observado, 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 36%) dependiendo de los criterios y el tipo de muestra utilizados, situación recogida también en el DSM-IV-TR. Este manual indica que los TA son en apariencia frecuentes, aunque el patrón epidemiológico varía ampliamente en función de la población estudiada y de los métodos de evaluación. Atendiendo al tipo de muestra, señala que en niños, adolescentes y ancianos la prevalencia oscila entre un 2 y un 8%, mientras que en pacientes relacionados con los servicios de asistencia sanitaria las cifras son mucho mayores. Así, según este manual, la prevalencia encontrada en aquellos pacientes que han sido ingresados en hospitales y referidos a salud mental es de un 12%. Por otro lado, para aquellos que se encuentran en centros ambulatorios de salud mental la cifra oscila entre un 10

y un 30%. Y, por último, para los que han sufrido un acontecimiento estresante relacionado con la salud, como puede ser una cirugía cardíaca, el porcentaje asciende hasta un 50%.

En relación a los subtipos de TA, la información con la que contamos es todavía más escasa. El grupo de Maercker (Maercker, Einsle y Köller, 2007; Maercker et al., 2008) 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. 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%).

En cuanto a las características de las personas que padecen un TA, algunos estudios señalan que éstas suelen ser más jóvenes, independientes económicamente y que suelen convivir con otras personas (Strain et al., 1998; Despland, Monod y Ferrero, 1995), en comparación con aquellas que presentaban un diagnóstico psiquiátrico mayor. Bisson (2006) encuentra, 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 y Strain et al. (1998) indicaron que se les piden muchos menos tests de laboratorio en las consultas médicas. En el contexto de los pacientes adolescentes, Pelkonen et al. (2007) indicaron que, en comparación con el resto de pacientes no psicóticos, aquellos con un TA eran predominantemente mujeres y presentaban una interferencia psicosocial menor. En cuanto a lo que caracterizaba a los chicos, indicaron que éstos presentaban un mayor número de estresores relacionados con la escuela, problemas con las autoridades e inquietud. Por su parte, las chicas se caracterizaban por tener padres con enfermedades y manifestar un mayor grado de síntomas internalizantes. Por

último, añadieron que la intensidad y la duración del tratamiento de los pacientes con un TA variaban considerablemente.

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 post-parto y, con una frecuencia menor, problemas con el alcohol, síndromes cerebrales orgánicos, historia de psicosis o necesidad de medicación psicotrópica. Jones et al. (1999) señalaron que las mujeres tenían una mayor probabilidad de ser diagnosticadas de depresión mayor o distimia antes que de TA y en un estudio posterior (Jones et al., 2002) encontraron que el número de admisiones con diagnóstico de TA era superior al de distimia y trastornos de ansiedad. Por último, en un estudio con familiares realizado por Noyes, Clarkson, Crowe, Yates y McChesney (1987) se observó que los familiares de pacientes con ansiedad generalizada tenían un mayor probabilidad de sufrir un TA tipo ansioso (comparado con un grupo control) y que el hermano gemelo monocigótico de un paciente con depresión mayor o distimia tenía una mayor probabilidad de desarrollar un TA tipo depresivo.

### **1.2.2. Curso**

Por otro lado, 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-IV-TR 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 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 (Vanin, 2008; Diefenbacher y Strain, 2002; Bronisch, 1991). 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 se refiere a la situación clínica de estos pacientes, Greenberg, Rosenfeld y Ortega (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.

Sin embargo, 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-IV-TR señala que existen determinadas franjas de edad, como la infancia y la adolescencia, en las que se ha observado que es más probable que el trastorno persista e incluso que evolucione a otros trastornos mentales más graves (p.ej., trastorno depresivo mayor). Aunque también señala que esta mayor probabilidad podría deberse, en parte, a la presencia de enfermedades concomitantes (p.ej., trastorno por déficit de atención e hiperactividad) o al hecho de que en estos casos el TA represente una manifestación prodrómica subclínica de un trastorno mental más grave.

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.

En relación al suicidio y otras conductas lesivas, los datos son también relevantes. Snyder y Strain (1990) señalaron que el 30% de los pacientes con TA presentaban pensamientos suicidas. Goldston et al. (1998) indicaron que el 58% de las personas estudiadas que habían intentado suicidarse tenían un TA, y que entre el 9 y el 19% de aquellos que llevaban a término el suicidio presentaban este trastorno. Polyakova, Knobler, Ambrumova y Lerner (1998), comparando los intentos de suicidio de pacientes con depresión y pacientes con TA, hallaron que el intervalo entre el primer síntoma y el intento de suicidio era más corto en el grupo con TA y que, además, dicho intento había sido no planificado en mayor medida que en el grupo con depresión. Por su parte, en un estudio retrospectivo Kryzhanovskaya y Canterbury (2001) indicaron que los pacientes con TA presentaban mayores tasas de suicidio en el momento de la admisión en comparación con el resto de pacientes estudiados. Portzky, Audenaert y van Heeringen (2005) constataron que el proceso de suicidio en adolescentes con TA era significativamente más corto y más rápido evolucionando sin ninguna indicación previa de problemas emocionales o de conducta. Y, por último, Benton y Lynch (2006) indicaron que los pacientes con TA se involucran en conductas autolesivas en una proporción que supera la de muchos otros trastornos.

En conjunto, 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. Incluso un importante estudio llevado a cabo por van der Klink, Blonk, Schene y van Dijk (2003) 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.

### **1.2.3. Comorbilidad.**

Respecto a la comorbilidad, son pocos los estudios que han examinado la co-ocurrencia del TA con algún otro trastorno mental. De hecho, esta circunstancia difícilmente podría acontecer si aplicamos exhaustivamente los criterios diagnósticos que presentan tanto el DSM-IV-TR como la CIE-10. La razón es que, como hemos expuesto 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-IV-TR hace la salvedad y permite el diagnóstico conjunto si los síntomas que han aparecido en respuesta al estresante no pueden explicarse en función de las características propias de otro trastorno previo tanto del Eje I como del Eje II.

Uno de los estudios más citados a la hora de obtener 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%).

Otros estudios también han recogido la existencia de una asociación entre los TA y los trastornos de personalidad. Por ejemplo, en el preámbulo que la CIE-10 hace para la categoría de los TA se indica que para ésta la vulnerabilidad personal tiene una importancia mayor en comparación con otros trastornos. En la misma línea, Giotakos y Konstantakopoulos (2002) señalaron que el estilo cognitivo en los casos de TA 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. Por su parte, For-Wey, Fei-Yin y Bih-Ching (2002) asociaron el TA con la personalidad, en concreto con el rasgo de

neuroticismo, al comparar muestras con y sin el trastorno. Por nuestra parte, 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 falta de la ausencia de capacidad personal propia .

En relación a los trastornos por uso de sustancias, Greengerg, Rosenfeld y Ortega (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, Hermesh, Laufer, Gogol y Gross-Isseroff (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.

Trabajos más recientes también afirman que el TA puede ocurrir de forma comórbida con otros diagnósticos del DSM-IV-TR. Grassi et al. (2006) encontraron que entre un 20 y un 30% de los pacientes médicos con diagnóstico de TA que estudiaron presentaban desmoralización, alexitimia y humor irritable. Los trabajos llevados a cabo por el grupo de Maercker (Dobricki et al., 2010; Maercker, Einsle y Köllner, 2007; Maercker, et al., 2008) muestran que el TA puede diagnosticarse conjuntamente y diferenciarse de otros trastornos, siendo el más frecuente la depresión mayor y en menor medida el TEPT y los trastornos de ansiedad. En otro sentido, algunos trabajos (Casey, 2009; Vanin, 2008) señalan que el TA podría constituir una fase inicial en el desarrollo de un trastorno mental mayor que sólo emergería como un síndrome reconocible tras un periodo de espera. A este respecto, Vanin (2008) subraya la importancia de que el profesional sepa reconocer que los síndromes subumbrales, como considera al TA, pueden constituir por sí mismos una psicopatología importante y que dichos trastornos deben ser reconocidos y tratados.

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.**

En cuanto al diagnóstico diferencial, es necesario distinguir el TA de otros trastornos de los Ejes I y II que puedan presentar algún tipo de sintomatología común para justificar su entidad diagnóstica. Siguiendo esta lógica, atenderemos en primer lugar a los trastornos de personalidad. Los criterios que establece el DSM-IV-TR en este caso indican que este tipo de trastornos se acentúan frecuentemente por el estrés, por lo que el diagnóstico adicional de TA no debería establecerse excepto en el caso de que los síntomas que aparezcan (en respuesta a una situación estresante) no sean característicos del tipo de trastorno de personalidad que presente la persona. Como ejemplo, el DSM-IV-TR plantea el supuesto caso de una persona con un trastorno paranoide de la personalidad que desarrollara un estado de ánimo depresivo tras perder el trabajo. En este caso, señala, sería adecuado establecer ambos diagnósticos.

Otro tipo de sintomatología que puede presentarse en los pacientes con un TA tiene que ver con problemas somáticos por lo que, en estos casos, se haría necesario descartar la presencia de un trastorno somatomorfo. De hecho, según los resultados del estudio llevado a cabo por Grassi et al. (2006), más de la mitad de los pacientes con TA presentaba una conducta de enfermedad anormal y un tercio presentaba síntomas de somatización. A este respecto, lo que diferencia fundamentalmente a los pacientes que presentan un trastorno somatomorfo 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.

En cuanto a los síntomas depresivos, el DSM-IV-TR establece que si la persona cumple los criterios de depresión mayor (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) presentando al menos 5 síntomas durante 2 o más semanas, el diagnóstico que debe realizarse es el de depresión mayor. Sólo en el caso de que alguno de los requisitos no se cumpla podríamos pensar en el subtipo de TA con estado de ánimo depresivo. Sin embargo, como señala Casey (2009), a nivel práctico es muy probable que el diagnóstico de TA esté subrepresentado debido a que el umbral para aplicar el diagnóstico de depresión mayor es muy bajo. Esta autora, además, recoge una observación importante en relación a las variaciones del humor entre estos pacientes. Así, mientras que en los 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, pues 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. Por otro lado, en el caso de que los síntomas hayan persistido durante más de 2 años habría 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.

En relación a los trastornos que requieren la presencia de un estresor, pensaremos en un Trastorno de estrés postraumático (TEPT) cuando la vivencia experimentada por la persona haya constituido una situación de peligro o amenaza real para su integridad física o la de los demás y/o el individuo haya reaccionado con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Y si, además, como consecuencia de estas experiencias se han instaurado los siguientes síntomas durante más de un mes: re-experimentar persistentemente el acontecimiento traumático de una o más formas (recuerdos, sueños, sensaciones, reacciones de malestar o activación fisiológica ante estímulos que simbolizen o recuerden el hecho), evitar consistentemente estímulos asociados al trauma y presentar un embotamiento

de la reactividad general (3 o más síntomas: evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso, evitación de actividades, lugares o personas que se lo recuerden, incapacidad para recordar algún aspecto importante del trauma, disminución de actividades significativas, restricción de la vida afectiva o sensación de un futuro limitado) y experimentar un aumento de la activación fisiológica (2 o más: problemas con el sueño, presencia de irritabilidad o ira, dificultades para concentrarse, hipervigilancia o repuestas de sobresalto exageradas). Estos síntomas deben provocar un gran malestar o deterioro y, además, hay que tener en cuenta que pueden aparecer de forma inmediata o demorada tras el acontecimiento. Por otro lado, si durante o después de la exposición a un acontecimiento traumático la persona manifiesta síntomas disociativos (3 o más de los siguientes: embotamiento afectivo, desorientación, desrealización, despersonalización o amnesia disociativa) y, en el primer mes que sigue al suceso presenta, además, los síntomas especificados anteriormente para el TEPT durante un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, valoraremos la posibilidad de que se trate de un Trastorno por estrés agudo (TEA). Sin embargo, también en estos casos debemos tener presente que de entre aquellas personas que desarrollan un trastorno, éste no constituye siempre un TEPT o un TEA. En estos casos pueden aparecer otras patologías como, por ejemplo, un TA (Casey, 2009). Por otro lado, 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.

### ***1.3. POLÉMICAS DIAGNÓSTICAS.***

Diversas son las cuestiones polémicas que existen en relación a los TA (Baumeister y Kufner, 2009; Botella, Baños y Guillen, 2008; Gur et al., 2005, Laugharne, van der Watt y Janca, 2008). Todas ellas ponen de manifiesto que la situación de este trastorno en el ámbito médico-psiquiátrico no está definida todavía y que es necesario seguir profundizando en su estudio y conocimiento. A continuación, señalaremos las consideradas como más relevantes agrupadas en tres bloques: la situación del TA en las clasificaciones psiquiátricas modernas, las características de sus criterios diagnóstico actuales y la utilidad de dicho diagnóstico.

#### **1.3.1. El TA y su situación dentro de las clasificaciones psiquiátricas modernas.**

La primera cuestión de este punto que vamos a tratar tiene que ver con los principios que han guiado las clasificaciones psiquiátricas modernas. Tanto las clasificaciones del DSM como las de la CIE han sido conceptualmente diseñadas en un marco ateorico que promueve que los diagnósticos se deriven de bases fenomenológicas y han rechazando 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. Además, en el caso de los TA, no se ofrece una descripción detallada del cuadro sintomatológico que podría presentarse, sino que se hace referencia a una sintomatología genérica e indefinida (posible existencia de síntomas de ansiedad, depresión, emocionales y de comportamiento) que se superpone con otras entidades. Asimismo, mientras que el diagnóstico de muchos trastornos, como la depresión mayor, se establece de forma transversal y se basa en el número de síntomas, el de los TA se establece atendiendo al curso longitudinal de las manifestaciones clínicas que han de ser

desencadenadas por un acontecimiento estresante y que, se entiende, acabarán resolviéndose con el tiempo (Casey, 2009).

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. Ello puede dar lugar, como consecuencia, a solapamientos y dificultades a la hora de tomar decisiones en relación al diagnóstico que debería establecerse. De hecho, hay estudios que muestran que en los diagnósticos fenomenológicos existen factores causales y, también, que determinadas condiciones previas pueden favorecer las reacciones desajustadas ante la aparición de una situación que resulta estresante para la persona. Por ejemplo, Despland, Monod y Ferrero (1995) encontraron que el 83% de las personas que presentaban una depresión mayor también habían experimentado en un periodo temporal próximo acontecimientos vitales estresantes. Por su parte, Kendler, Karkowski y Prescott (1999), en un estudio llevado a cabo con parejas de gemelas mono y dicigóticas, encontraron que la proporción de causalidad entre la ocurrencia de un suceso estresante en la vida y la aparición de un episodio depresivo mayor se encontraba entre el 65 y el 75%. Estos autores señalaron, además, que el porcentaje restante (no causal) estaba asociado al hecho de que las personas predispuestas a sufrir episodios de depresión mayor tendían a involucrarse en ambientes que presentaban una alta probabilidad de producir acontecimientos vitales estresantes. Por último, Carta et al. (2004) señalaron que en el caso de las condiciones previas que favorecen las reacciones desajustadas ante los acontecimientos estresantes se podría citar el caso de la fobia social, que suele desarrollarse a edades tempranas. Así, se ha demostrado que estas personas presentan un aumento de las probabilidades de experimentar posteriores problemas de ansiedad y depresión y una gran vulnerabilidad para las reacciones adversas ante acontecimientos estresantes.

En este sentido, se han realizado muchas críticas a los criterios el DSM-IV por considerar que éstos obstaculizan la investigación sobre la etiología, la patofisiología y los aspectos genéticos de los trastornos mentales. Y diversas propuestas se han presentado con el objetivo de modificar esta

situación en el próximo DSM-V (Charney et al., 2002; Hyman, 2003; Kendell y Jablensky, 2003). Las que actualmente se barajan en la red se han comentado ya en un apartado anterior, aunque la situación parece que no variará excesivamente.

Otra cuestión polémica se refiere al estatus subordinado del TA. Según los actuales manuales (y también en la propuesta preliminar para el futuro DSM-V) cuando, a pesar de la existencia clara de un acontecimiento estresante, los síntomas que aparecen se corresponden también con los criterios de otro trastorno específico, no se puede aplicar el diagnóstico comórbido de TA. Dicho estado de subordinación conlleva, si se realiza una aplicación mecánica y rígida de los criterios diagnósticos actuales, el riesgo de que el diagnóstico de TA pueda estar subestimado y que no se reconozcan ni se trate adecuadamente a las personas que lo padecen. Por otra parte, 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. Por lo tanto, no es de extrañar que, como apuntan en su revisión Carta, Balestrieri, Murru y Hardoy (2009), los esfuerzos para identificar diferencias distintivas entre el TA y otros trastornos más graves no hayan ofrecido resultados esclarecedores.

Otro aspecto que se observa en el caso de los TA es el escaso interés que han despertado en los investigadores y lo limitada que ha sido su investigación. Como muestra, una búsqueda realizada en la base bibliográfica de la Asociación Americana de Psicología, PSYCINFO, muestra que tan sólo 53 títulos incluyeron entre sus términos el de “trastorno adaptativo” entre los años 2008 y 2010. Sin embargo, más de 1.300 incluyeron el término “depresión” y más de 1.110 el de “trastorno de estrés postraumático” en el mismo periodo. Si ampliamos la búsqueda a los últimos 30 años la proporción que encontramos es la de 1 a 25 en el binomio TA-depresión y de 1 a 22 en el de TA-TEPT. Un dato más en este sentido lo aporta la constatación de que

solamente uno, de entre todos los grandes estudios epidemiológicos realizados, ha incluido a los TA entre las patologías que rastreaban (ODIN, Ayuso-Mateos et al., 2001).

Por su parte, Strain y Diefenbacher (2008) apuntan un factor que podría estar contribuyendo a que el diagnóstico de TA haya estado subordinado y eclipsado por el foco en otros trastornos, especialmente los del estado de ánimo. Concretamente, estos autores señalan que, en el campo de la psiquiatría, la aparición de los medicamentos antidepresivos fáciles de manejar ha podido influir en el hecho de que los psiquiatras estén más predispuestos a usar el diagnóstico de depresión mayor y a tratar la problemática existente como tal, en vez de realizar un diagnóstico de una categoría considerada subumbral con una sintomatología muy variada, para la cual se considera más adecuado el tratamiento psicoterapéutico que el farmacológico.

Otra razón aducida en relación a la escasa atención científica que ha recibido el TA, a pesar de su elevada presencia en el ámbito clínico, es la inestabilidad que se atribuye a este diagnóstico. Como ya se ha comentado anteriormente, la literatura apunta que gran parte de los adultos diagnosticados de TA se encuentra bien a los 5 años y que los síntomas se suelen resolver rápidamente (Casey, Dowrick y Wilkinson, 2001). Greenberg, Rosenfeld y Ortega (1995) encontraron que el 40% de los pacientes admitidos en el hospital con un diagnóstico de TA eran dados de alta con otro diagnóstico diferente y que los síntomas de este trastorno suelen ser menos graves y crónicos que los de otras condiciones. Sin embargo, se puede argüir que la razón de esta inestabilidad puede no deberse tanto al trastorno en sí mismo, sino a los criterios que actualmente se utilizan para realizar su diagnóstico los cuales son excesivamente vagos e inespecíficos.

Como último apunte de este apartado relacionado con las clasificaciones psiquiátricas, podemos decir que el TA se encuentra en una situación única. Por un lado se trata de un trastorno muy popular entre los clínicos y cuenta con un importante número de casos afectados pero, por otro, no existe el suficiente número de trabajos sobre el tema que permitan aclarar

su situación lo cual afecta tanto a su comprensión, como a las decisiones que deben tomarse respecto a su evaluación y abordaje terapéutico.

### **1.3.2. Las características de los criterios diagnóstico actuales del TA.**

En relación a los criterios diagnósticos del TA, la primera cuestión que se va a tratar se refiere a la falta de criterios que distingan lo que se considera una reacción adaptativa normal frente a un estresor, de lo que sería una reacción desajustada que representaría la manifestación de un TA. Las preguntas sobre ¿cuándo el malestar ante determinada experiencia estresante es “normal” y cuándo es “desproporcionado”? y ¿cuándo un determinado evento ambiental constituirá un estresor? siguen sin contar con una respuesta definida. Además, incluso en las escasas especificaciones relacionadas con los sucesos estresantes que podrían causar un TA encontramos diferencias significativas entre el DSM-IV-TR y la CIE-10. Por ejemplo, para el DSM-IV-TR el duelo, los problemas académicos, laborales, de identidad, espirituales, biográficos o de aculturación no serían considerados estresores y todos ellos corresponderían a códigos Z o Problemas susceptibles de atención clínica. En cambio, para la CIE-10, las reacciones de duelo y el shock cultural sí son consideradas trastornos adaptativos.

Actualmente, la línea que separaría un TA de lo que consideraríamos como problemas ordinarios de la vida quedaría establecida en función de si la gravedad de los síntomas es suficiente como para justificar la necesidad de recibir asistencia clínica, pues el criterio de malestar e interferencia se basa fundamentalmente en el juicio clínico. Sin embargo, como señalaron Despland, Monod y Ferreo (1995), la aplicación del diagnóstico basada en los intentos de encontrar un tratamiento en vez de en criterios objetivos, establece un serio problema deontológico y pone de manifiesto las limitaciones que hay para resolver el problema de detectar morbilidad psiquiátrica.

Respecto a las propuestas planteadas para dilucidar cuándo una respuesta es excesiva encontramos diferentes planteamientos. Por ejemplo,

Ronson (2005) se cuestiona si en el contexto de la respuesta emocional ante el cáncer el diagnóstico de TA sería apropiado, dada la dificultad para definir lo que representaría una respuesta “excesiva”. Ante esta dificultad plantea que, en estos casos, sería mejor considerar otros diagnósticos como el de una depresión subumbral o un TEPT parcial o total. Baumeister y Kufner (2009) señalan que la cuestión que debemos atender no es si la respuesta ante la situación estresante puede considerarse normal o no, sino si ésta está provocando unos niveles de malestar y deterioro funcional excesivos. Estos autores ejemplifican su planteamiento indicando que ellos no cuestionan, por ejemplo, que el 11 de septiembre pudiera provocar una reacción “normal” de estrés en una persona y que ello pudiera comportarle síntomas de humor deprimido, insomnio y dificultades de concentración. Lo que se cuestionan es si esta reacción significa que la persona no cumple la precondition de un trastorno mental sólo porque consideramos que su reacción es normal y entendible teniendo en cuenta el estresor. Continúan su argumentación planteando preguntas como ¿qué ocurriría si dicha persona corriera el riesgo de perder su trabajo debido a las dificultades que los síntomas le imponen a la hora de desarrollar bien sus tareas?, ¿seguiríamos entonces negando la presencia de un trastorno y, por tanto, la necesidad de ofrecer un tratamiento? Consecuentemente, lo que proponen es que no deberíamos centrarnos en distinguir los procesos o respuestas de adaptación humanas normales frente a las que representan un TA, sino trasladar el foco de atención de lo “normal” a lo “funcional” en cuanto a lo que tiene que ver con las respuestas que una persona puede manifestar ante las situaciones estresantes que le afectan.

Una segunda cuestión a abordar se refiere al hecho de no contar con una definición sobre lo que debería considerarse un estímulo estresante. También sobre este punto existen perspectivas diferentes. Por un lado, esta falta de definición podría conllevar a que se considerara como estresores todas aquellas circunstancias que las personas dijeran que lo son, lo cual podría traducirse en que únicamente se tuvieran presentes aquellos sucesos que fueran externos a los individuos. Además, entre dichos sucesos se podrían incluir, desde acontecimientos que generalmente son percibidos como moderados (como una disputa con la pareja) hasta aquellos que comprometen seriamente

la vida (como recibir el diagnóstico de una enfermedad grave). En este sentido, la ausencia de guías que ayuden a definir los estresores y las reacciones ante éstos dificultan su valoración. Por otro lado, ofrecer una definición rígida podría conllevar a que personas vulnerables que presentaran reacciones patológicas ante acontecimientos que pudieran considerarse poco importantes, no pudieran ser diagnosticadas ni tratadas, aún presentando unos niveles elevados de síntomas y de deterioro funcional (Baumeister, Maercker y Casey, 2009). Por lo tanto, no podemos dejar de lado el hecho de que la reacción que las personas pueden presentar ante diversos estresores puede ser muy distinta en función de factores tan amplios como la historia y las características personales, la raza o la cultura a la que uno pertenece.

Ante esta dificultad (y cuestionable utilidad) de encontrar una definición operacional en relación a aquello que deba considerarse un estresor, Baumeister, Maercker y Casey (2009) proponen, al igual que hizo la CIE-10, la necesidad de estudiar la interacción entre los estresores y los factores personales, ambientales y biológicos a la hora de tomar la decisión clínica final en relación a los casos de TA. El único requisito imprescindible desde este planteamiento sería, pues, el hecho de que el acontecimiento estresante pudiera ser considerado como el causante de los síntomas emocionales y comportamentales que la persona manifiesta. Según estos autores, esta medida permitiría distinguir los estresores causantes de un TA de los estresores psicosociales y ambientales (como los clasificados en el Eje 4 del DSM-IV-TR o en la clasificación Z de la CIE-10), ya que se considera que estos últimos pueden favorecer o agravar un trastorno, pero no causarlo.

En tercer lugar, se encuentra el hecho de que el TA es el único trastorno mental del Eje I que no cuenta ni con una lista de síntomas, ni con un criterio operacional para sus conductas (Strain et al., 1998). Los criterios que aporta el DSM-IV-TR están pobremente definidos y los síntomas no son específicos. Este manual se limita a señalar que para realizar el diagnóstico de TA se requiere: a) la existencia de una reacción a un estresor significativo; b) la presencia de una mala adaptación al estímulo estresante con una disfunción en las actividades a nivel social y laboral; y c) la existencia de una alteración

del humor, la ansiedad y la conducta. Por su parte, los criterios que aporta la CIE-10 (humor deprimido, alteraciones del apetito y el sueño, ansiedad, preocupación, sentimientos de incapacidad, cambios en la conducta y fenómenos regresivos) son demasiado inclusivos. En ambos casos, ni siquiera la división del trastorno en subtipos mejora la situación. Por ejemplo, los resultados que encontró Gur et al. (2005) señalan que la única diferencia constatada en la manifestación del trastorno fue la tendencia hacia los síntomas depresivos en adultos versus los síntomas comportamentales en adolescentes. Como consecuencia de esta ausencia de criterios cuantificables la fiabilidad y la validez del trastorno se encuentran en entredicho ya que la definición actual permite considerar como un TA cualquier manifestación de la amplia gama de síntomas psicopatológicos posibles, siempre y cuando no se cumplan los criterios de otro trastorno. En contraposición, autores como Strain y Diefenbacher (2008) ven precisamente en esta vaguedad un aspecto positivo, pues consideran que en esta falta de definición se encuentra la posibilidad de realizar una detección precoz de estados mentales que cursan con un cuadro clínico vago e indiferenciado, pero cuya morbilidad es mayor de la esperable en una reacción normal.

Por su parte, Baumeister y Kufner (2009) señalan que en otros diagnósticos, como por ejemplo la depresión mayor, el criterio de significación clínica es parte inherente del síndrome debido al número y las características angustiantes de los síntomas *per se*. No obstante, en trastornos mentales menos definidos, como es el caso de los TA, el criterio de recuento de síntomas no es suficiente y el criterio de significación clínica debería refinarse para permitir decidir si una persona debe recibir o no un diagnóstico de trastorno mental. En relación a este criterio de la significación clínica, que también es vago e impreciso, Baumeister, Maercker y Casey (2009) proponen como solución la exigencia del cumplimiento de las dos facetas que componen el actual concepto de significación clínica, a saber, tanto la del malestar como la del deterioro funcional, en lugar de limitarse a considerar que debe estar presente el uno o la otra como hace actualmente el DSM-IV-TR.

### **1.3.3. La utilidad diagnóstica de los TA.**

El último grupo de las cuestiones polémicas que se abordará se refiere a si el término o etiqueta de TA tienen alguna utilidad. En este sentido, O'Keeffe y Ranjith (2007) apuntan que la utilización de un término diagnóstico poco conocido puede provocar confusión entre los médicos y los pacientes (aunque su crítica no se limita al término TA, sino que se hace extensiva a otros términos diagnósticos). Estos autores señalan, de forma general, que las etiquetas diagnósticas puede que faciliten la comunicación entre profesionales y el avance de la investigación pero que, en la práctica clínica, donde los criterios diagnósticos son menos rígidos, es justamente su utilidad clínica el atributo fundamental del concepto diagnóstico. Es por ello que cuestionan la utilidad de los términos usados cotidianamente en el ámbito de los diagnósticos asociados al malestar emocional indicando que éstos no sólo son poco útiles a la hora de planificar el abordaje de un paciente en particular, sino que tampoco contribuyen eficazmente a que exista una comunicación clara entre los médicos y los psiquiatras ni entre los médicos y los pacientes.

O'Keeffe y Ranjith (2007) plantean, además, los riesgos que entraña la consideración de que la categoría de TA describe una reacción transitoria. Esta perspectiva podría inducir a los clínicos a minimizar el sufrimiento de los pacientes y a verse instados a no intervenir. Además, la consideración de su transitoriedad podría conllevar la adopción unilateral de terapias psicológicas limitando el acceso a los fármacos que serían destinados a las entidades clínicas más severas. Por otro lado, ante la posible alternativa de evitar el diagnóstico de TA y sustituirlo por otros diagnósticos más graves como el de depresión, O'Keeffe y Ranjith (2007) objetan que podría acabar etiquetándose médicamente reacciones emocionales normales y, como consecuencia, acabar ofreciendo tratamientos innecesarios frecuentemente psicofarmacológicos. La propuesta que plantean estos autores es que los clínicos deberían evitar disputar etiquetas diagnósticas y, apoyándose en el espíritu del modelo biopsicosocial, ser capaces de usar en el mismo paciente antidepresivos para la anhedonia, psicoeducación o aproximaciones cognitivas para las dificultades

de ajuste y activación comportamental para la falta de motivación y la indefensión aprendida.

Por su parte, Pérez-Sáles (2008) recoge también esta polémica atendiendo a dos modelos psicológicos opuestos. Desde la perspectiva del modelo “psicologizante”, se apunta que el diagnóstico de TA ha sido capaz de poner de manifiesto que los estresores ambientales tan corrientes en la vida de las personas pueden ser una fuente importante de psicopatología causando niveles de malestar e interferencia importantes. Y se recoge la necesidad de reconocer y legitimar las dificultades de adaptación al medio que las personas pueden manifestar con la finalidad de poder brindarles desde el sistema de salud la atención necesaria. Sin embargo, desde un modelo “salutógeno” del ser humano, esta circunstancia no sería vista como una ventaja, sino todo lo contrario. Desde este otro modelo, se considera que esta postura estaría favoreciendo la tendencia social contemporánea que promueve la intolerancia ante las emociones negativas y contribuye a la medicalización de la vida cotidiana ante cualquier forma de sufrimiento.

En esta línea de razonamiento encontramos a aquellos que vinculan la existencia de esta categoría diagnóstica con la posibilidad de evitar que los síntomas emocionales y comportamentales derivados de la respuesta ante un estresor sean confundidos con otros trastornos mentales más graves, así como que el clínico pueda verse en la obligación de aplicar un diagnóstico más grave con la finalidad de justificar la necesidad de llevar a cabo un tratamiento. Como ya se ha comentado, Strain y Diefenbacher (2008) subrayan la ventaja de considerar el TA como un trastorno subumbral (posición intermedia entre la conducta normal y los problemas de código V, por un lado, y los desórdenes psiquiátricos mayores, por otro) pues esta posición tiene la ventaja de permitir la clasificación de los estados prodrómicos cuando el cuadro clínico es vago e indiferenciado pero el estado comórbido es excesivo en relación a lo esperable en una respuesta normal y, además, abre la posibilidad de que estos casos reciban, si es necesario, un tratamiento adecuado.

Por último, también se ha apuntado que el TA ofrece al clínico la oportunidad de conceptualizar los síntomas y dificultades que la persona está experimentado en el marco de una reacción de estrés proporcionando, de ese modo, la posibilidad de aplicar una etiqueta desestigmatizadora. Esta opción, señalan Reeves y Pruitt (2006), es especialmente relevante en el caso de los niños, pero también en los adultos, pues puede contribuir a mejorar la predisposición y la participación de las familias y de otros sistemas en el tratamiento de estos problemas.

A modo de resumen de lo visto hasta el momento, se constata que alrededor del diagnóstico de TA existen multitud de interrogantes de difícil respuesta y polémicas activas con posiciones que, en algunos casos, llegan a ser totalmente opuestas. Sin embargo, esta misma situación tiene la ventaja de promover la reflexión y de ser capaz de señalar aquellos aspectos relevantes, y a la vez controvertidos, que deberían tenerse en cuenta en los futuros trabajos e investigaciones. En este sentido tres aspectos merecen destacarse. El primero haría referencia a que, a pesar de todas las polémicas abiertas, el diagnóstico de TA es muy popular entre los clínicos. De hecho, aunque no se haya establecido todavía una adecuada validez de constructo, en diversos estudios se ha constatado que: 1) existe un elevado número de casos que reciben esta etiqueta (Despland, Monod y Ferrero, 1995); 2) un porcentaje importante de las personas diagnosticadas de este trastorno presentan disminuciones en el rendimiento laboral y/o bajas laborales que representan un importante coste social (van der Klink et al., 2003); y 3) en muchos casos, el TA se encuentra asociado a problemas importantes como, por ejemplo, el suicidio (Kryzhabovskaya y Canterbury, 2001) o el desarrollo de futuros trastornos mentales más graves (Andreasen y Hoenk, 1982).

El segundo aspecto a destacar se refiere al requisito de tener en cuenta al conjunto de la persona y del contexto que la rodea. Ello nos recuerda la importancia de adquirir una visión integrada y holística de la persona y sus circunstancias para estar en disposición de decidir si una determinada respuesta ante una determinada situación estresante puede ser considerada proporcionada o excesiva y, al mismo tiempo, poder plantear un abordaje

terapéutico ajustado al caso. Entre las variables que según la literatura deben considerarse a la hora de distinguir entre las respuestas ajustadas o desproporcionadas encontramos las siguientes: la personalidad preexistente del paciente; sus circunstancias personales; las normas de su cultura en relación a la respuesta y la expresión emocional; el tipo, la duración y la severidad de los síntomas; el grado de interferencia de los mismos en el funcionamiento cotidiano; así como la forma y presentación del estresor y su duración. Esta visión global permitiría determinar la diferencia entre lo que puede ser percibido como un acontecimiento molesto o irritante en un caso y lo que puede constituir un estresor que desborde tanto los recursos como las capacidades de afrontamiento de la persona en otro.

#### **1.3.4. El Duelo.**

El último de estos 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, el DSM-IV-TR y la CIE-10 poseen criterios diferentes a la hora de evaluar y diagnosticar los síntomas que una persona pueden experimentar tras sufrir la muerte de un ser querido aunque, como se ha comentado, parece que esta situación cambiará en el DSM-V. La pregunta sería ¿es el duelo complicado un TA? Hasta ahora, ninguna versión del DSM había considerado, a priori, que el duelo fuera un TA. El DSM-IV-TR lo lista como una categoría más dentro del epígrafe de Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica (Z63.4). Dicho epígrafe señala que algunos individuos afligidos pueden presentar síntomas característicos de un episodio depresivo mayor, pero indica que este diagnóstico no debe aplicarse a menos que los síntomas se mantengan 2 meses después de la pérdida. Como especificación relacionada con el diagnóstico diferencial, el DSM-IV-TR indica que existen ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo “normal” y que pueden ser útiles para diferenciarlo del episodio depresivo mayor. Entre dichos síntomas incluye: 1) la culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida; 2) pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente

debería haber muerto con la persona fallecida; 3) preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad; 4) enlentecimiento psicomotor acusado; 5) deterioro funcional acusado y prolongado; y 6) experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

Por otra parte, en el criterio “D” del DSM-IV-TR para los TA se explicita que los síntomas que correspondan a una reacción de duelo no constituyen un TA. Sin embargo, y contrariamente, en las especificaciones relativas al diagnóstico diferencial el DSM-IV 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. Por lo tanto, no está claro cuál debería ser la etiqueta diagnóstica que cabría aplicarle a una persona que está atravesando un periodo de duelo que pudiera ser complicado. Ni tampoco se entiende bien la razón que llevó a los autores a enfatizar el duelo como criterio de exclusión cuando otro criterio previo ya establece como requisito que el malestar debe ser superior al esperado. De hecho, ya hemos indicado que en el borrador propuesto para los criterios que deberían regir el diagnóstico del TA en el futuro DSM-V se ha eliminado la exclusión explícita del duelo. 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 del Trastorno de Adaptación, pero sin aportar especificaciones ni criterios diferenciales.

Una alternativa ante esta controvertida situación la encontramos en Prigerson et al. (2009). Estos autores, dando un paso más, proponen que tanto el DSM-V como la CIE-11 reconozcan como entidad diagnóstica el Trastorno de Duelo Prolongado (TDP). En su estudio, Prigerson et al. (2009) ofrecen datos sobre la validez psicométrica de los criterios diagnósticos que ellos utilizan para identificar a las personas que, tras sufrir la muerte de un ser querido, presentan un alto riesgo de desarrollar un TDP. Entre éstos incluyen: el anhelo por el difunto, el embotamiento emocional y las dificultades para seguir con la vida y aceptar la pérdida. En otro estudio, Holland, Neimeyer, Boelen y Prigerson (2009) consideran que el TDP es un síndrome distinto de otras condiciones patológicas y que debería reconocerse como tal y lo sitúan en el extremo más severo de un continuo en el que pueden aparecer los

síntomas de un duelo y cuyo factor común sería una intensa angustia de separación. En ambas propuestas se aconseja que el diagnóstico de TDP no debe realizarse antes de que transcurran al menos 6 meses desde el fallecimiento. Esta es otra de las propuestas que se están barajando en torno al DC en para el próximo DSM-V.

Por lo tanto, y a falta de unas directrices claras, en el presente trabajo se tomó la decisión de incluir los casos de DC en la categoría de los TA y aplicarles a ambos el mismo protocolo de tratamiento.

Queda claro, pues, que son muchas las cuestiones que deben ser abordadas en relación al TA y que ésta constituye una categoría diagnóstica especialmente compleja que presenta importantes dificultades a la hora de ofrecer un diagnóstico operacional y fiable. Sin embargo, los datos (aunque contradictorios en algunos aspectos) parecen señalar la existencia de una entidad con significado. Una entidad que, a pesar de contar con una elevada prevalencia y tener una repercusión importante a nivel económico y social, no está respaldada por un adecuado quehacer científico ni cuenta con guías de tratamiento validadas. Por todo ello, tanto la necesidad de seguir manteniendo esta categoría en los sistemas diagnósticos como la de continuar profundizando en su estudio y conocimiento parecen estar justificadas.

## **1.4. MODELOS EXPLICATIVOS.**

En la actualidad, apenas existen propuestas teóricas que den cuenta de los factores que intervienen en el origen, establecimiento y mantenimiento de los TA. Como hemos visto anteriormente, esta situación está ligada a los problemas de conceptualización del trastorno y a los escasos estudios que sobre él se han llevado a cabo. Por ello, a la hora de exponer los modelos que podrían dar cuenta de la formación y mantenimiento de los TA se va a recurrir a una exposición teórica de aproximación gradual. Primero atenderemos a los modelos que abordan la cuestión de la patología relacionada con el estrés de forma general; después, expondremos aquellos que hacen un paralelismo entre los TA y el TEPT, bajo la consideración de que ambos trastornos comparten muchas características; y por último, describiremos los dos únicos modelos que hemos encontrado en la literatura desarrollados específicamente 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, representante de la perspectiva relacional, argumenta las relaciones bidireccionales que se establecen entre el individuo y su medio. Se considera el estrés como el resultado de una evaluación en la que se percibe un desequilibrio entre ambos componentes del binomio. Y el afrontamiento 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 y reducir, así, el estrés que provocan (independientemente de cuál sea su resultado). 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.

El primer paso del proceso lo constituiría la evaluación que se divide en dos componentes: la evaluación primaria y la secundaria. 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. De aquí pueden derivarse dos tipos de evaluación de la situación: 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 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. En cambio si la valoración indica que existe peligro, la persona generará un tercer tipo de evaluación: estresante. Cuando la situación ha sido valorada como estresante la persona se hará una segunda pregunta ¿qué podría pasar? La respuesta a esta pregunta implica tres tipos de alternativas transaccionales posibles: de daño/pérdida (cuando ya se ha producido algún perjuicio), de amenaza (cuando se anticipa la posibilidad de tal perjuicio en el futuro) y de desafío (cuando la persona se siente retada y enfrenta con entusiasmo los obstáculos, se siente expansiva sobre la lucha que le espera). La amenaza valora fundamentalmente el potencial lesivo y se acompaña de emociones negativas como el miedo, la ansiedad y el mal humor. Mientras que en el desafío se atiende al dominio y la ganancia acompañándose de emociones placenteras como la excitación y el regocijo. Sin embargo, la amenaza y el desafío no son opuestos, ambas evaluaciones pueden coexistir y estar relacionadas, aunque para su estudio se consideren por separado.

Cuando estamos en peligro, la evaluación primaria esta íntimamente ligada a la evaluación secundaria que es característica de cada confrontación estresante, ya que los resultados dependen de lo que se haga, de que pueda hacerse algo, y de lo que está en juego. Por lo tanto, se trata 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 dirigirse al problema, tratando de modificar la situación y de desactivar o disminuir la cognición de amenaza, y/o a la emoción, intentando modular la respuesta emocional que la amenaza provoca. La aplicación de dichas estrategias generará, a su vez, nueva información procedente del entorno y/o de las propias reacciones a éste lo cuál 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.

Este proceso de valoración puede llevarse a cabo, fundamentalmente, mediante dos vías opuestas. Una vía lenta, deliberada y, en gran medida, consciente que implica la búsqueda de información para decidir el modo de reaccionar. Y otra vía inmediata y más inconsciente que puede estar basada, bien en experiencias previas del mismo tipo de problema relacional que nos ofrecen claves automáticas de evaluación y manejo (por lo que implican una

falta de atención) o bien en procesos de defensa del ego tal como lo subrayan los psicoanalistas, esto es, basados en las revalorizaciones defensivas cuya finalidad es evitar que la persona se confronte con las ideas amenazantes (Lazarus, 2000, pp.93-94).

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 (*la inteligencia social* que nos permite integrar dentro de un marco coherente los diferentes patrones de relación interpersonal y que es objeto de un aprendizaje no intencional) 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.

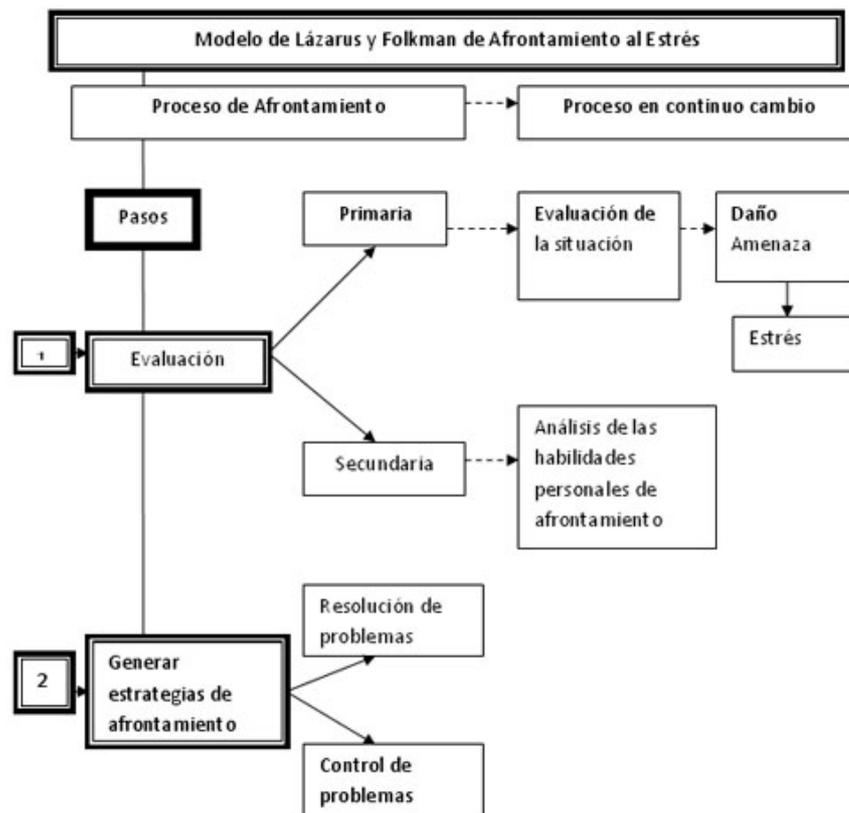


Figura 1- Modelos de Lazarus y Folkman de Afrontamiento al Estrés (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1984)

El segundo modelo que vamos a presentar dentro del contexto general del estrés pertenece al trabajo llevado a cabo por Lang y sus colaboradores (Lang, 1979, 1984). Los 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 somato-visceralas, las expresiones faciales y las conductas externas de aproximación o evitación; e (3) información acerca del significado de los estímulos y las respuestas. 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. Se añade, además, 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 elicitadas 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.

De esta forma, 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 concreción de lo que ocurre en los casos de TA viene dado por los modelos que se han desarrollado en el ámbito del TEPT. La asunción básica que se establece en este caso es que el TA y el TEPT comparten elementos comunes que permiten asimilarlos. Bajo esta misma lógica la CIE-10 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. 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 estresores, 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, Einsle y Köller., 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 estresor 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) en el que 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. A continuación se iniciaría una fase de supresión en la que los esfuerzos estarían dirigidos a la eliminación de las noticias amenazantes relacionadas con la situación. Tras la fase de supresión, se instauraría un periodo de alternancia en el que la persona oscilaría entre los esfuerzos de eliminación 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.

El segundo de los modelos que se va a presentar es el propuesto por Foa, Steketee y Rothbaum (1989). El **modelo de Foa** se centra en explicar cómo se producen las intrusiones y la evitación que caracterizan al TPET y asume los principios que había propuesto Lang previamente en sus trabajos (Lang, 1978; 1984). En este modelo el TEPT se distingue de otros trastornos de ansiedad porque el acontecimiento traumático tiene un significado extremo y viola los conceptos básicos de seguridad que 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 estresor/es amenazante/es; la información acerca de las

reacciones cognitivas, comportamentales y fisiológicas ante dicho estresor; y los elementos de significado que representan asunciones básicas (p.ej. expectativas de seguridad) junto a su violación. 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, Foa considera que el objetivo del tratamiento debe ser debilitar las fuertes asociaciones establecidas, de manera que los estímulos vinculados al trauma puedan activarse y relacionarse con otras memorias no amenazantes. Para ello 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). La explicación del por qué las reacciones del TEPT persisten 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 tanto, 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 del 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 al que se atenderá 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**. De acuerdo con esta teoría, el acontecimiento estresante quedaría representado en la memoria de dos formas. La primera refleja los recuerdos directos que la persona tiene acerca del suceso y forma lo que los autores denominan “las memorias verbales accesibles”. La segunda forma de representación consiste en recuerdos situacionales, que se activan automáticamente cuando el individuo entra en contacto con estímulos que le recuerdan a la situación estresante original. Según este modelo, las intrusiones serían el resultado de la activación automática provocada por estímulos asociados al evento estresante; mientras que las memorias verbalmente accesibles constituirían el material sobre el que puede realizarse la discusión acerca del estresor, tanto en la vida cotidiana como en el contexto terapéutico.

Por lo que respecta a la sintomatología evitativa, tanto en el modelo de Foa como en el de Brewin, ésta se conceptualiza como una gama de estrategias que se ponen en marcha con la intención de hacer frente a los recuerdos angustiantes relacionados con el trauma.

Finalmente, el último de los modelos que expondremos 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 de la representación del evento estresante en la memoria y rescata un segundo aspecto: la importancia de las diferencias individuales en la evaluación del acontecimiento estresante y/o sus secuelas. Según Ehlers y Clark, las evaluaciones son esencialmente interpretaciones cognitivas del mundo y de uno mismo y, en algunas personas, determinados acontecimientos parecen desestabilizarlas de forma severa (p. ej., una persona que ha sido despedida

podría sentir seriamente amenazada la visión que tiene de sí misma como persona valiosa o capaz). Como consecuencia, la organización general de la memoria autobiográfica de dichas personas puede trastornarse y quedar incapacitada para reorganizar las experiencias previas y subsiguientes, imposibilitándoles mantener una visión positiva y estable de sí mismas y de las circunstancias de la vida. Esta distorsión provoca una sensación de desorientación y hace que la recuperación de los hechos relacionados con el evento de la memoria esté más guiada por la interpretación negativa de uno mismo que por el contexto real, al contrario de lo que ocurriría en aquellas personas con un fuerte sentido de su *self*.

En relación a las conductas de evitación, el modelo de Ehlers y Clark (2000) también asume que estas conductas comportan una serie de cambios cognitivos y comportamentales que tienen la potencialidad de disminuir de forma inmediata la sensación de amenaza pero que a la larga impiden el reajuste y, por tanto, prolongan el problema. Lo que respecto a este punto añade el modelo es la visión de que las conductas asociadas a los síntomas evitativos serían el reflejo de la particular evaluación negativa que la persona hace de la experiencia con el estresor y sus consecuencias. Tomando el ejemplo de la persona que ha sido despedida inesperadamente, ésta podría comportarse de manera que evitara encontrarse con sus ex-compañeros debido al temor que le provocaría la posibilidad de tener que hablar acerca de su despido por todas las emociones negativas que ello le provocaría.

Por otro lado, el modelo aporta la descripción de un amplio rango de síntomas de desajuste comportamental que denotan fallos en el proceso de adaptación. Estos síntomas serían el resultado de los intentos de controlar la amenaza, que se percibe como severa e inmediata, y de disminuir el malestar que provoca aplicando una variedad de estrategias, normalmente en vano (síntomas disfuncionales). De nuevo, en este caso, la estrategia seleccionada tendría mucho que ver con la evaluación que el individuo hace, tanto del trauma como de sus consecuencias, así como con sus creencias generales acerca de la mejor forma de hacerle frente. Al igual que ocurre con la evitación, estas conductas intentan controlar la amenaza y los síntomas pero

son desadaptativas puesto que lo que hacen realmente es mantener el trastorno a través de dos posibles mecanismos: (1) provocando directamente los síntomas de intrusión y evitación, así como la sintomatología comórbida (depresión, ansiedad) y/o (2) impidiendo el cambio en las evaluaciones negativas del evento y/o sus secuelas. Como ejemplos de estrategias disfuncionales los autores citan: la atención selectiva a los estímulos asociados con el evento, la rumiación constante acerca del evento y sus consecuencias y la dificultad para concentrarse en otras actividades.

Finalmente, el modelo predice que todos los cambios comportamentales disfuncionales que se producen en la persona pueden acabar provocando cambios en su vida diaria y, en última instancia, cambios en la personalidad.

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

En contraste con los modelos presentados anteriormente, los dos que se van a analizar a continuación (y los únicos existentes hasta el momento) han sido desarrollados explícitamente con la finalidad de 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 estresor identificable y que comparte algunos de los síntomas que también definen al TEPT y al TEA (Trastorno de Estrés Agudo). El grupo de Maercker considera y ofrece datos que indican que ambos trastornos presentan el mismo conjunto de síntomas: las intrusiones, la evitación y el fracaso en la adaptación. Además proponen que lo que los diferencia, fundamentalmente, es el tipo de acontecimiento estresante que los provoca. En el caso del TEPT 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).

En cuanto a las intrusiones que aparecen en los TA, el modelo asume que éstas tienen características similares a las observadas en el TPET 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 estresor 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, Einsle y Köller 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, hobbies 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.

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, Baños y Guillen, 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 apartarse de los demás, tener dificultades para concentrarse o evitar determinadas situaciones o actividades.

Por lo tanto, nuestro 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 hacerle 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, actitudes de derrota y confirmando, a modo de profecía autocumplida, la ineficacia personal. En la

Figura 2 se puede observar un diagrama que resume el planteamiento de generación y mantenimiento del trastorno.

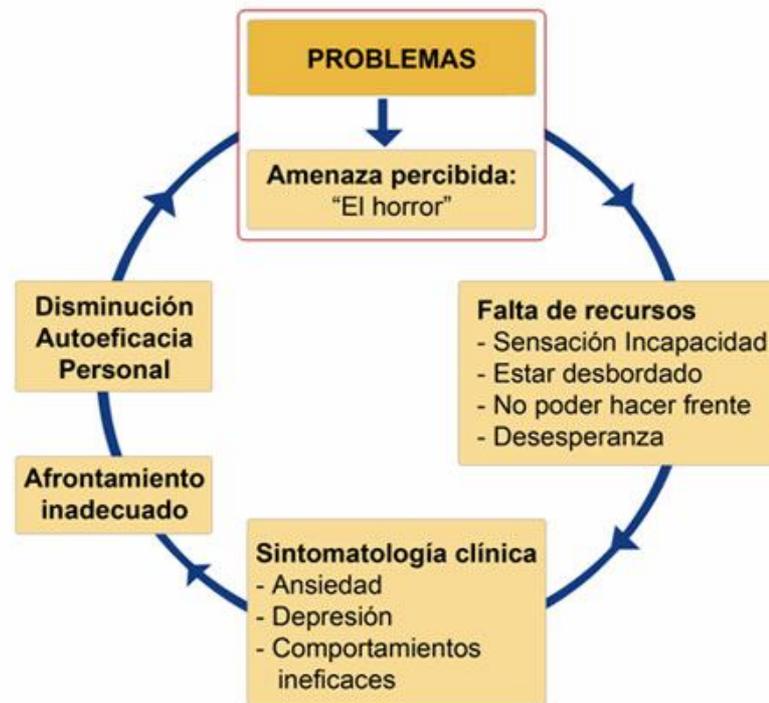


Figura 2- Modelos Cognitivo de los Trastornos Adaptativos (I) (Botella, Baños y Guillén, 2008)

Por otro lado, el estado continuado de 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. En este punto, la propuesta de intervención se debería centrar en ayudar a la persona para que pueda distanciarse de la situación que vivió o continúa viviendo y adoptar una perspectiva más sabia y positiva ante la forma de considerar los problemas y las dificultades. Esta nueva perspectiva, la 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 presentado y puesto

a prueba en la presente tesis (una representación esquemática de este planteamiento se muestra en la Figura 3). 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.

### Modelo Cognitivo Trastornos Adaptativos (II).

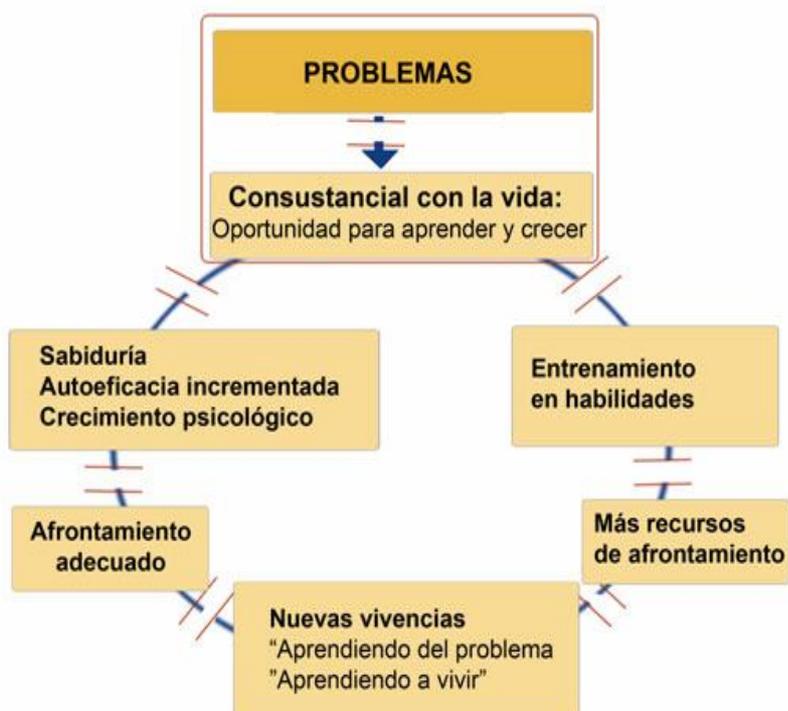


Figura 3 - Modelo Cognitivo de los Trastornos Adaptativos (II) (Botella, Baños y Guillén, 2008)

## ***1.5 EVALUACIÓN DE LOS TA.***

Como se ha ido mostrando a lo largo del presente trabajo, los TA son una categoría diagnóstica pobremente atendida desde el ámbito de la investigación. Por ello, no es sorprendente que los instrumentos para su evaluación y diagnóstico sean también escasos y que, en su mayor parte, no sean específicos de esta condición patológica. A continuación, presentaremos brevemente los instrumentos que a efectos de evaluar el TA se han encontrado en la literatura, exponiendo en primer lugar aquellos utilizados para llevar a cabo su diagnóstico y, posteriormente, los utilizados para evaluar los diferentes síntomas asociados al trastorno.

### **1.5.1. Instrumentos diagnósticos.**

La revisión de la literatura llevada a cabo mostró que únicamente existen dos entrevistas diagnósticas estructuradas que incorporan los TA entre las patologías que evalúan. Por otro lado, ambos 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, basada en los criterios de la CIE-10 y el DSM-IV, incluye entre los diagnósticos posibles el caso de los TA en su sección número 13 denominada Interferencia y Atribuciones. Sin embargo, es necesario decir que esta sección se encuentra al final de la entrevista y que se lleva a cabo, únicamente, después de que la evaluación del resto de los trastornos haya sido completada. Esta circunstancia puede inducir a que el TA sea considerado como un diagnóstico poco probable. 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. Según Rohde, Lewisohn y Seeley (1997), esta falta de criterios específicos para el caso de los TA, junto con la naturaleza jerárquica del SCAN, dificultan el diagnóstico de los mismos y contribuye a la gran proliferación de casos diagnosticados de trastornos del estado de ánimo frente al escaso número de diagnósticos de TA.

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). Esta entrevista proporciona las indicaciones necesarias para realizar el diagnóstico de los diferentes trastornos recogidos en el Eje I del DSM-IV. 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 estresores cuya duración supera los 6 meses); (6) Evaluación Clínica: presencia de un TA; (7) Determinación del subtipo en función de los síntomas. Sin embargo, de nuevo encontramos que entre 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.

Ante las limitaciones impuestas por las entrevistas diagnósticas anteriormente comentadas 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 dos instrumentos que se detallan a continuación.

En 2007, Maercker, Einsle y Köllner presentaron en un artículo un nuevo modelo diagnóstico para los TA, el Nuevo Módulo de los Trastornos Adaptativos (ADNM; *Adjustment Disorder New Modul*), el cual constituye una herramienta alternativa en el diagnóstico de este trastorno. La primera parte de este instrumento está compuesta por una lista que recoge 7 categorías de eventos o problemas vitales: 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 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 22 síntomas asociados a los TA que pertenecen a los 3 criterios sintomatológicos principales determinados por el modelo (intrusión, evitación y fallo en la adaptación) y a los 3 subtipos de criterios especificativos para los casos de TA (ansiedad, depresión y alteración del control de impulsos). Esta segunda parte del instrumento se responde utilizando una escala Likert de 4 puntos (1 = no/nunca; 4 = a menudo). La consistencia interna de los 6 grupos de síntomas del ADNM se sitúa entre un alfa de Cronbach de .81 y .85. Cabe decir que en el momento de iniciar el presente estudio no se contaba con un ejemplar de este instrumento ni existía una versión validada en castellano del mismo.

El segundo instrumento desarrollado ad hoc para la evaluación de los TA es la Entrevista diagnóstica para los Trastornos Adaptativos (Ver Anexo 1) desarrollada por nuestro grupo para la presente investigación (Andreu-Mateu, Botella, Baños y Quero, 2008). La elaboración de este instrumento se apoyó 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, un listado de posibles acontecimientos estresantes junto a la evaluación temporal de dichos acontecimientos. A continuación, evalúa la presencia y las características de los síntomas presentes como consecuencia del suceso en base a un listado confeccionado con las principales manifestaciones clínicas encontradas en los casos de TA. Posteriormente,

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 cuenta, además, 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. Por último, un apartado opcional permite rastrear la posible existencia de un duelo complicado si el evento que tuvo lugar consistió en la muerte de un ser querido. Los datos relacionados con la fiabilidad y la validez del instrumento se encuentran, en estos momentos, en preparación.

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. 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 los 60 puntos, considerando que las puntuaciones que están por debajo de este valor indican un estado desfavorable que refleja que la persona ha llegado a su límite. 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 mediante una simple puntuación. Además, según los autores, este test es menos estigmatizante que otros ya que pregunta acerca del estado de ánimo (evitando el uso de las palabras psicológico o psiquiátrico) y el formato resulta familiar para los pacientes japoneses, pues la puntuación máxima que puede obtenerse en las evaluaciones escolares es de 100, siendo 60 la puntuación mínima para obtener un aprobado. Sin embargo, como vemos, es un instrumento bastante inespecífico, que se centra en la evaluación del estado de ánimo y que deja fuera la característica definitoria de un TA, a saber, el hecho

de haber sufrido una experiencia estresante previa que haya provocado cambios negativos en las emociones y el comportamiento de la persona.

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, Rodgers y Tennison (2009) elaboraron, basándose en los criterios del DSM-IV-TR, su propio protocolo que consistía en: un listado de síntomas, una entrevista de síntomas de adaptación a la universidad y 3 preguntas abiertas para evaluar aquellos estudiantes que podían estar presentando dificultades de adaptación en su primer año de asistencia a la facultad. Por su parte, Gorschenek, Schwab y Eckert (2008) llevaron a cabo el diagnóstico de su muestra basándose en los criterios tanto de la CIE-10 como del DSM-IV-TR y en el juicio clínico. Estos investigadores completaron la evaluación sobre los síntomas añadiendo las medidas proporcionadas por otros instrumentos como el Inventario Breve de síntomas de Derogatis (BSI; Derogatis y Spencer, 1982), la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS; Zigmond y Snaith, 1983) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberg, Gorsuch y Lushene, 1970)

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

En cuanto a los instrumentos utilizados para evaluar los diferentes síntomas asociados al trastorno, sólo se ha encontrado un instrumento que aborda específicamente la sintomatología del TA, aunque éste está limitado a los casos de duelo, el Inventario de Duelo Complicado (CGI; *Complicated Grief Inventory*, Prigerson et al., 1995). El objetivo de este instrumento es 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”).

Con el objetivo de paliar esta situación de ausencia de instrumentos específicos, y poder así evaluar los síntomas derivados de otro tipo de sucesos estresantes diferentes al duelo, nuestro grupo ha realizado una adaptación del instrumento que se acaba de describir. La adaptación 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 Pérdida (Ver Anexo 1). 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 al difunto en alusiones al acontecimiento al que la persona se estaba enfrentando. Por ejemplo, el ítem original del Inventario de Duelo Complicado *“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 Inventario de Pérdida; mientras que el ítem original *“Siento que no puedo aceptar la muerte de esa persona...”* se transforma en el Inventario de Pérdida en *“Siento que no puedo aceptar la pérdida de esa persona/situación”*. El objetivo del nuevo instrumento sigue siendo el de 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 número de ítems y la escala para valorarlos son los mismos que en el instrumento original. Los datos acerca de la fiabilidad y la validez de esta adaptación se encuentran, en estos momentos, en preparación.

En relación a la cuestión de evaluar los diferentes síntomas asociados a un TA, otros estudios han optado por utilizar instrumentos que, aun no siendo específicos del trastorno, sí recogen síntomas considerados relevantes en el mismo. Este es el caso, por ejemplo, de la Escala de Impacto de Acontecimientos Revisada (IES-R; *Impact of Event Scale-Revised*, Weiss y Marmar, 1997) y de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS;

*Hospital Anxiety and Depression Scale*, Zigmond, y Snaith, 1983). La IES-R es una medida ampliamente utilizada para evaluar la frecuencia de los síntomas de estrés protraumático durante la semana previa y cuenta con 3 subescalas: la de las intrusiones, la de la evitación y la de la hiperactivación. Por su parte, la HADS fue diseñada para detectar la presencia y severidad de grados moderados de trastornos del humor, ansiedad y depresión y consta de dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión.

### **1.5.3. Medidas psicofisiológicas**

Por lo que se refiere a mediciones basadas en pruebas psicofisiológicas existen pocos estudios y aunque éstos aportan 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 sin cambio.

En otro estudio llevado a cabo con víctimas de *mobbing* diagnosticadas 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 Minesota (MMPI-2; Butcher,

Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989). Constataron, además, que en estos pacientes el test de supresión de la dexametasona (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 apuntan 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 concluyen 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.

Por último, Bär et al. (2006) utilizaron como parámetro psicofisiológico en su investigación la medición de la percepción del dolor en pacientes con un 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 manifiestan la necesidad de llevar a cabo más investigaciones para aumentar los conocimientos sobre los mecanismos que subyacen en los TA, indicando que el estudio de la percepción del dolor puede ser una valiosa herramienta.

Como se ha podido observar, a la cuestión del diagnóstico y evaluación de los TA y la sintomatología que lo acompaña le queda todavía un gran trayecto 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 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 que se existen en la literatura en relación a los tratamientos que se han llevado a cabo en el caso de 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 actuar desde el punto de vista de la terapia en el caso de las personas que sufren de un TA ha recibido poca investigación sistemática, al igual que el resto de los ámbitos relacionados con este trastorno. Además, aquellos que adoptan la posición de que la recuperación natural es la norma en estos casos argumentan que no existe necesidad de intervenir. La conjunción de ambos factores, junto al resto de problemas comentados en apartados anteriores, ha 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, 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. De acuerdo con Bisón 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 estresor crónico o que exista una patología de la personalidad subyacente que incremente la vulnerabilidad a los estresores podrían requerirse terapias más largas (Benton y Lynch, 2005; Casey, 2009; Strain y Diefencacher, 2008).

### **Directrices generales de tratamiento**

La ausencia de estudios y de datos que apoyen de forma fiable una determinada estrategia de tratamiento ha llevado a que diversos autores se hayan concentrado 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 un reciente manual de psiquiatría Strain, Klipstein y Newcorn (2010) inciden en la importancia de la verbalización e indican que esta no debe ser subestimada en relación al objetivo de reducir la presión del estresor y aumentar la capacidad de afrontamiento. Estos autores afirman que si una persona está reaccionando de forma excesiva ante un estresor (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 estresor tiene para el paciente, Strain, Klipstein y Newcorn (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 de la esfera sexual) y que el cáncer ya ha sido extirpado o tratado y no tiene por qué 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 estresor (la mastectomía) 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.

De forma resumida y esquematizada las recomendaciones o guías generales presentadas hasta el momento serían las siguientes:

- Identificar los medios para eliminar o reducir el estresor, si ello fuera posible.
- Aumentar las habilidades de afrontamiento del paciente, especialmente si el estresor no puede ser eliminado. Se debe mejorar el afrontamiento de los problemas específicos de la vida con la finalidad de que pueda manejarse mejor con el estresor y consigo mismo.
- Clarificar e interpretar el significado que el estresor tiene para el individuo y ayudar a la persona a encontrar un nuevo significado más adaptativo.
- Ayudar al paciente a tomar perspectiva en relación a la adversidad.
- Exponer y trabajar las preocupaciones y los conflictos que la persona esté experimentando.
- Ayudar al paciente a establecer un sistema de apoyo que maximice la adaptación.
- Y 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 y aborda de forma general su contenido:

1. Posibilitar la reducción o la eliminación del estresor. Para ello deberían tomarse medidas asistenciales prácticas que permitieran alejar al estresor de la persona o a la persona del estresor. Por ejemplo, si la persona se encontrara envuelta en una relación violenta, animarla a obtener protección o a marcharse es probable que disminuyera los niveles de estrés. Por otro lado, indica que muchos estresores pueden ser minimizados o evitados, como cuando una persona está asumiendo demasiado trabajo o mantiene relaciones sexuales de riesgo sin protección, 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 estresores 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 estresor 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 estresor 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. 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.

A continuación se recogerán 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.

### **Enfoques terapéuticos utilizados en el tratamiento del TA: Estudios de caso**

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

Un tipo de población especialmente vulnerable a la hora de desarrollar un TA son las personas de mayor edad. En la última etapa de la vida son muy frecuentes las situaciones de estrés relacionadas tanto con las enfermedades médicas, como con muchas experiencias estresantes asociadas al cambio vital (p.ej., el traslado a una residencia o perder el privilegio de tener el carnet de conducir). En relación al tratamiento de los TA en la última etapa de la vida, encontramos el trabajo de Frankel (2001) en el que se describe el tratamiento de un anciano que había sufrido la aparición de varios estresores: la muerte de su mujer, una dolorosa ciática debida a una fractura vertebral y el abandono de su hogar para ingresar en un residencia. Frankel desarrolla un tipo de psicoterapia llamado “*ego-enhancing therapy*” que promueve el fortalecimiento del yo de la persona, ayudándole a reconocer el estresor y promoviendo estrategias de afrontamiento, y utiliza la revisión de la vida para fomentar un sentido de dominio sobre el acontecimiento estresante. 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 del cliente.

#### *Estudios de caso TCC*

En el ámbito médico existen, también, algunos trabajos basados en estudios de caso con resultados favorables que han utilizado el enfoque cognitivo-conductual como base para el tratamiento de los TA. Por ejemplo,

Barraza (2004) aplicó el esquema de la Terapia Psicológica Adyuvante (TPA), propuesta por Moorey y Greer en 1989, en el caso de una mujer con recidiva de cáncer de mama que había sido diagnosticada de un TA. La TPA consiste en una adaptación de la Terapia Cognitiva de Beck a la intervención psicológica de personas con cáncer y las características principales que la definen son el hecho de ser estructurada, breve, 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 fueron una disminución significativa de la psicopatología, una mejora importante de la adaptación de la paciente a su situación, un aumento de sus capacidades de afrontamiento de situaciones estresantes y una prevención de la cronificación del trastorno.

Dentro del ámbito médico encontramos otro estudio de caso en el que se obtuvieron resultados positivos en el caso de una persona que estaba a la espera de poder recibir un trasplante de pulmón Belchi, Vilardaga y Bados (2002). El tratamiento se llevó a cabo a lo largo de 31 sesiones de hora y media de duración y se basó en los dos núcleos más importantes que presentaba la paciente: la ansiedad y el bajo estado de ánimo. El planteamiento fue extender el tratamiento hasta el momento de la operación pues uno de los elementos más ansiógenos era el tiempo de espera, y uno de los objetivos era que la ansiedad no interfiriera con el trasplante. 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. Además, se le

prescribieron tareas para casa con el objetivo de aumentar su autonomía y generalizar los cambios que pudieran producir las técnicas aplicadas. Tras el trasplante el tratamiento continuó pues afloraron nuevas preocupaciones y fue necesario ayudar a la cliente a usar 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, la cliente era capaz de afrontarlas todas menos una (coger el metro) antes del trasplante, mientras que poco después del mismo era capaz de llevarlas todas a cabo sin utilizar conductas de seguridad.

### **Estudios con un único grupo o con muestras subclínicas**

#### *Terapia interpersonal*

Uno de los primeros trabajos llevados a cabo en el campo del tratamiento de los TA fue el de Markowitz, Klerman y Perry (1992) en el que se utilizó como método de intervención la terapia interpersonal. A pesar de que a nivel metodológico presenta importantes limitaciones, como constituir un estudio piloto y limitar la muestra a pacientes ambulatorios seropositivos deprimidos, se ha recogido pues aporta una descripción detallada de los mecanismos implicados en la psicoterapia interpersonal que resulta relevante para entender y comparar otras aproximaciones psicoterapéuticas llevadas a cabo en los TA. Estos mecanismos incluyen: psicoeducación acerca del rol de enfermo; un enfoque en el aquí y ahora; la formulación de los problemas desde una perspectiva interpersonal; la exploración de las opciones para cambiar los patrones de conducta disfuncionales; la identificación de las áreas de problemas interpersonales (duelo, situación de cambio, disputas interpersonales y déficits en el ámbito interpersonal); y la confianza que un terapeuta gana al utilizar un enfoque sistemático para realizar la formulación del problema y del tratamiento. Los resultados indican que la mayoría de los

pacientes, tras una media de 16 sesiones de terapia, se habían recuperado de sus síntomas depresivos, por lo que los autores sugieren que los profesionales de la salud deberían considerar la terapia interpersonal como un tratamiento adecuado para los pacientes sero-positivos deprimidos.

### *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 desde 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 que desencadena la desensibilización y el consecuente reprocesamiento de las mismas, acompañándose de 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 estresores que continuaban activos en el momento de la intervención.

### *Entrenamiento autógeno*

Por su parte, Jojic y Leposavic (2005a,b) utilizaron el Entrenamiento autógeno como componente único en la terapia aplicada para el tratamiento de los TA con estado de ánimo depresivo, tanto en adolescentes como en adultos. 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. 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 en los TA, el efecto del estrés sobre el individuo y que facilita la adaptación al estrés contribuyendo a la recuperación.

### *Intervenciones grupales*

A diferencia de los estudios anteriores, en otras investigaciones se ha aplicado la intervención en pacientes con con cáncer diagnosticados de TA utilizando grupos de apoyo (Fawzy, Canada y Fawzy, 2003; Spiegel, Bloom, Kramer y Gottheil, 1989). En el estudio de Fawzy, Canada y Fawzy (2003), la intervención consistió en sesiones de grupo estructuradas con una periodicidad semanal. El número de participantes por grupo fue de entre 7 y 10, la duración de las sesiones fue de 1,5 horas y el tratamiento se llevó a cabo durante un periodo de 6 semanas. La intervención se basó en 4 componentes:

1. Educación sobre la salud (p.ej., melanoma, nutrición, ejercicio, exposición solar).
2. Manejo del estrés (p.ej., información general sobre el estrés, toma de conciencia del estrés personal, técnicas de relajación).
3. Aumento de las habilidades de afrontamiento (p.ej., solución de problemas, alternativas de afrontamiento generales, aplicaciones teóricas y personales de soluciones)
4. Apoyo psicológico (a través de los miembros del grupo y de los profesionales).

Los resultados demostraron la existencia de una relación positiva entre una intervención psicosocial breve y la tasa de supervivencia de los pacientes con cáncer. Dichos resultados se mantuvieron en el seguimiento a los 5 años y disminuyeron en el de los 10. Sin embargo, aunque en otras investigaciones no se ha podido constatar que el apoyo psicosocial prolongue la vida de los pacientes con cáncer propiciando la aparición de opiniones divididas, lo que sí se ha demostrado es que tiene efectos positivos en ellos en cuanto a la mejoría

del humor, los niveles de estrés y la calidad de vida (Goodwin et al., 2001; Newell, Sanson-Fisher y Savolainen, 2002).

### Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

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, es la desarrollada por Steinhardt y Dolbier (2008). Sin embargo, de nuevo se debe considerar el estudio con precaución pues, además de tratarse de un estudio piloto, la muestra no la constituyen pacientes diagnosticados de TA sino estudiantes universitarios que afrontaban un periodo de elevado estrés académico. Lo que hicieron las autoras fue poner a prueba la efectividad de la intervención que habían diseñado en 57 estudiantes que asignaron al azar a dos condiciones: un grupo experimental y otro grupo que constituyó el control lista de espera. El grupo experimental recibió 4 sesiones semanales de 2 horas de duración cada una. Todas las sesiones combinaban 3 modalidades de intervención: TCC, apoyo social y psicoeducación. Las sesiones que se llevaron a cabo fueron:

*1ª sesión: Transformado el Estrés En Resiliencia.* En esta sesión se presentó un modelo de resiliencia y se discutieron dos categorías generales de afrontamiento (centrado en el problema y centrado en las emociones).

*2ª sesión: Tomando Responsabilidad.* Los contenidos de esta sesión se basaron en presentar un modelo en el que una línea divide aquellos que asumen la responsabilidad de su conducta y, por tanto, poseen capacidad para elegir y crear, de aquellos que no lo hacen. Después se propuso un modo acerca de cómo situarse por encima de la línea, asumiendo la responsabilidad de manejar las situaciones estresantes y planteando que dicha actitud está muy relacionada con la autoestima.

3ª sesión: Focalizándose en interpretaciones “*Empowering*”, esto es, interpretaciones que ayudan al paciente en convertirse en un agente activo en el proceso de cambio, y le dan poder para tomar decisiones y para actuar. En esta ocasión, siguiendo un modelo cognitivo, se entrenó a los participantes sobre cómo detectar y cambiar sus pensamientos e interpretaciones negativas y “*desempowering*”, por otras más positivas y realistas.

4ª sesión: *Creando Vínculos Significativos*. En esta última sesión se abordaron los beneficios que sobre la salud y el bienestar aporta el ser capaz de crear conexiones significativas con otros y obtener apoyo durante las situaciones estresantes. Finalmente, se presentó un modelo de auto-liderazgo en el que se apunta al desarrollo de un Yo activo y a la vez compasivo que se convierte en el mejor maestro para uno mismo.

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. Dentro del diseño del estudio al grupo control se le ofreció al final del proceso la oportunidad de recibir el tratamiento de forma intensiva con los contenidos aportados al grupo experimental. La participación de todos los estudiantes se recompensó económicamente.

En último lugar, encontramos un estudio que describe una intervención breve basada en la terapia cognitivo-comportamental para tratar a 3 jóvenes soldados que presentaban un TA con ansiedad (Nardi, Lichtenbert y Kaplan, 1994). Según los autores el tratamiento consiguió disminuir rápidamente los niveles de ansiedad de los soldados y restablecer su funcionamiento óptimo.

## **Estudios con grupos experimentales**

Por lo que se refiere a las investigaciones que han comparado diferentes condiciones tratamiento con el objetivo de evaluar un determinado abordaje terapéutico para el tratamiento de TA, únicamente se han encontrado dos estudios.

*González-Jaimes y Turnbull-Plaza (2003)*

En un diseño cuasi-experimental estos autores pusieron a prueba una nueva técnica terapéutica a la que denominaron, la “terapia del espejo”, para tratar pacientes que habían sufrido un infarto de miocardio agudo y que según los autores cumplían los criterios de un TA con estado de ánimo depresivo. Sin embargo, el criterio 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 del espejo sigue un marco que los autores denominan integrativo y que aúna 4 tipos diferentes de técnicas: técnicas psicocorporales, que buscan equilibrar la energía psicocorporal y aumentar la conciencia sobre las causas de los síntomas físicos; técnicas cognitivas, para aumentar la aceptación y la autoestima; 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 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.

La técnica 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 debido a lo cual los autores excluyeron del estudio estos dos grupos con la finalidad de no afectar la validez de la investigación. Sin embargo, en el post-test comparan el grupo de la terapia del espejo en las variables de depresión y preocupación por la salud con los otros tres grupos señalando que se encontraron diferencias significativas del primero respecto a los otros tres. Mientras que en el seguimiento a los 6 meses comparan 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.

*Van der Klink, Blonk, Schene y van Dijk (2003)*

Este segundo estudio controlado utilizó trabajadores de una gran empresa que habían requerido una baja por enfermedad como consecuencia de padecer un TA. El tratamiento consistió en la combinación del enfoque de la contingencia temporal basado en la graduación de la actividad junto con técnicas de solución de problemas con la finalidad de reducir la intensidad de los síntomas, aumentar los recursos psicológicos y disminuir la duración de las bajas. La lógica de este enfoque reside en hacer que la actividad de la persona no se vincule a la manera en que ésta se encuentra, sino que su actividad se programe basándose en un esquema temporal estructurado previamente que consiga 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”*), mientras se enfatiza la adquisición de habilidades de afrontamiento y la recuperación del control. La intervención se basó en un modelo de 3 estadios semejante al entrenamiento de inoculación de estrés. El primer estadio se basó en ofrecer información para que los participantes entendieran el origen y la causa de la pérdida de control y en estimularles para llevar a cabo actividades diarias no demandantes. El segundo se ocupó de llevar a cabo el registro de los estresores presentes y trabajar en el diseño de las posibles estrategias de

solución de problemas que le permitan hacer frente a las dificultades que el paciente se estaba encontrando. En el tercer y último estadio se pusieron en práctica las estrategias de solución de problemas aprendidas y se aumentó progresivamente las actividades, incluyendo aquellas más demandantes.

Los participantes fueron asignados al azar a dos grupos: un grupo experimental que recibió el tratamiento basado en la contingencia temporal o un grupo control que recibió la intervención “usual” que se ofrece a este tipo de pacientes. Esta intervención consiste, fundamentalmente, en un asesoramiento empático, psicoeducación acerca del estrés, consejos sobre el estilo de vida y discusión sobre los problemas que el paciente tiene en el trabajo. Los resultados indicaron que los participantes del grupo experimental estuvieron menos tiempo de baja, pero que no hubo diferencias en cuanto a la reducción de los síntomas en ambos grupos.

Esta revisión de los tratamientos confirma, el hecho ya mencionado, de que los TA han sido muy escasamente atendidos por la literatura, especialmente en el campo de su tratamiento. Dicha revisión muestra también que algunos de los abordajes que se han utilizado se han limitado a aplicar alguna estrategia de intervención concreta, como la relajación, o bien han adaptado los protocolos de intervención diseñados para otros trastornos, como el tratamiento cognitivo-comportamental de Beck para la depresión. Por otra parte, 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), y algunos no cuentan con descripciones adecuadas de la muestra y utilizan grupos control inadecuados (p.ej., González-Jaimes y Turnbull-Plaza, 2003) o bien se concentran en un objetivo muy restrictivo, como limitar la duración de las bajas médicas (Van der Klink, Blonk, Schene y van Dijk, 2003). Por su parte, un par de estudios (Frankel, 2001; Steinhardt y Dolbier, 2008) presentan una aproximación de tratamiento que tiene algún punto de contacto con la que proponemos en este estudio, pues se dirigen a lo que consideramos la base del trastorno, esto es, la dificultad de adaptación. Su objetivo es generar en las personas que sufren un

TA fortalezas y estrategias para hacer frente a las dificultades, aunque su alcance es limitado pues su propuesta se limita al consejo y discusión acerca de posibles estrategias de solución de problemas.

Por ello, consideramos importante llevar a cabo un estudio controlado que confirme la eficacia del protocolo diseñado por nuestro grupo para llevar a cabo el tratamiento específico de los TA. Dicho protocolo ya ha sido sometido a prueba pero en el contexto más amplio de los trastornos relacionados con el estrés presentando los resultados conjuntos de pacientes con TEPT, DC y TA (Baños, Guillén, Quero, García-Palacios y Botella, 2011; Guillén, 2008).

### **1.6.1.3. El programa de tratamiento para los TA utilizado en este estudio**

En este apartado se va a presentar, de forma general, el protocolo diseñado por nuestro grupo dirigido al tratamiento de los TA, conceptualizando el DC como una TA, al igual que hace la CIE-10 (OMS, 1992). La forma concreta en que este protocolo ha sido aplicado en la presente investigación para llevar a cabo el tratamiento específico de los TA se describirá en el correspondiente apartado del método.

El programa de tratamiento tiene un doble objetivo. Por una parte, conseguir que la persona logre superar el acontecimiento estresante y pueda resolver las consecuencias negativas que éste haya tenido en su vida. La estrategia fundamental para lograr este objetivo consiste en trabajar la *elaboración*, y la *asimilación* de dicho acontecimiento. Sin embargo, el protocolo pretende ir más allá de la superación de los problemas concretos. El segundo objetivo se dirige a conseguir que la persona asuma que los problemas, las dificultades y la adversidad son parte consustancial del funcionamiento de los seres vivos y que una vez producidos estos problemas (ya que no se trata en absoluto de buscarlos ni de regodearse en ellos, ni en el sufrimiento) 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.

El protocolo de tratamiento tiene una duración de 6 sesiones (aunque puede llevarse a cabo alguna sesión adicional dependiendo de la situación clínica del paciente) y se aplica con una periodicidad semanal. Las técnicas que conforman el protocolo son: la psicoeducación; la aceptación, el afrontamiento y el aprendizaje a partir de los problemas; el libro de la vida; las técnicas paliativas (opcionales); la exposición y la prevención de recaídas. El hecho de que el protocolo incluya todas estas técnicas se debe a que al diseñarlo se pretendía poder dar respuesta a las distintas manifestaciones clínicas presentes en los TA. Por su parte, las técnicas proceden de diversas fuentes: la orientación cognitivo-comportamental, la psicología positiva (Seligman, 2002), los programas desarrollados para el tratamiento del duelo (Neimeyer, 2000) y algunos procedimientos utilizados por nuestro grupo en trabajos previos.

Este protocolo de tratamiento se ha aplicado en dos modalidades: siguiendo un formato de terapia tradicional o apoyado por la RV. En ambos casos se cuenta con resultados favorables en relación a su eficacia. Por un lado, se han llevado a cabo varios estudios de caso que han utilizado la aplicación de RV denominada el Mundo de EMMA (Andreu-Mateu, Botella, Quero, Guillén y Baños, en prensa; Baños et al., 2005; Baños et al., 2008; Botella, García-Palacios et al., 2005; Botella, Osma, García-Palacios, Guillén, y Baños, 2008; Botella, Quero, Lasso de la Vega et al., 2006). Por otro lado, se realizó un estudio controlado que ha comparado ambas modalidades con una muestra mixta de pacientes con diagnóstico ya fuera de TEPT, DC o TA (Baños et al., 2011)

Sin embargo, no existen datos acerca de la eficacia de este protocolo aplicado exclusivamente al caso de los TA en un estudio controlado. Precisamente por ello, el objetivo del presente estudio es someter a prueba ambas modalidades utilizando dicho diseño experimental aplicándolo a una muestra de participantes con diagnóstico de TA.

## 1.6.2. Tratamientos farmacológicos

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.

Así, el único estudio encontrado en la literatura que ha comparado la intervención farmacológica con la psicológica ha sido el llevado a cabo por De Leo (1989). En concreto, este investigador asignó aleatoriamente 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.

Otros estudios se han centrado en comparar la eficacia de diferentes fármacos en el tratamiento de los TA. Por ejemplo, en el caso de los TA mixtos con ansiedad y depresión, 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 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).

Por su 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 es 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 del riesgo de abuso y dependencia. Por último, Nguyen et al. (2006) compararon la eficacia de la etifoxina (una droga ansiolítica no benzodiazepínica) con el lorazepam (una benzodiazepina) en el tratamiento de los 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.

En la misma línea, pero dentro del campo de la investigación de los efectos de diferentes extractos naturales en el tratamiento de pacientes que sufrían ansiedad (entre los cuales se encontraban 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 en el 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 tricíclicos y las benzodiazepinas. Sin embargo, muchos países europeos han prohibido la venta de los extractos del 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), en 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. Y 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.

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 presentaban tanto ansiedad generalizada ( $n = 82$ ) como TA con 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 gente que sufre 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 presenta un efecto ansiolítico específico que es dosis-dependiente y que excede de forma significativa el efecto placebo comúnmente visto en los ensayos con drogas psicoactivas. Por otro lado, aunque sus efectos no se producen de forma tan rápida como en el caso de las benzodiazepinas, a las 4 semanas la mejoría obtenida es 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 gente joven que trabaja.

En otra línea de estudio diferente, Hameed, Schwartz, Malhotra, West, y Bertone (2005) examinaron retrospectivamente la respuesta de pacientes con depresión mayor ( $n = 63$ ) y con TA ( $n = 33$ ) ante un protocolo de tratamiento sistemático con los nuevos antidepresivos (SSRIs, inhibidores 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.

Lo que si se observó fue una diferencia estadística en las tasas de respuesta, en la que los pacientes con TA presentaban una probabilidad del doble de responder de forma positiva al tratamiento estándar con antidepresivos en comparación con 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 la 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.

Por último, y también utilizando una metodología de estudio retrospectivo, Lander, Friche y Knudsen (2006) describieron el proceso de rehabilitación de individuos con trastornos de adaptación relacionados con el estrés y analizaron el pronóstico de algunos factores individuales sobre las bajas por enfermedad y la reanudación del trabajo. Para ello utilizaron los informes de más de 220 pacientes que visitaron una unidad de salud ocupacional entre los años 1996-2005 encontrando que, tras un promedio de 144 días, más del 60% de los pacientes habían regresado al trabajo. Factores como haber recibido un tratamiento farmacológico para los problemas somáticos, la edad, el género, las habilidades, el lugar de trabajo, el matrimonio o el tabaquismo no tuvieron ninguna influencia significativa en el proceso de la rehabilitación ocupacional y en la mejoría de la capacidad de trabajo. Sin embargo, un pequeño grupo de pacientes, especialmente aquellos tratados con psicofármacos, parecían requerir un periodo de rehabilitación más prolongado. Por lo tanto, el único factor individual que predecía un impacto negativo en la capacidad para volver al trabajo tras una baja por enfermedad era el hecho de haber recibido un tratamiento psicofarmacológico.

Como hemos visto, la investigación llevada a cabo en relación a la aplicación y utilidad de los tratamiento 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 (Ansseau et al., 1996; Razavi et al., 1999; DeWit et al., 1999), en algunos se produjo un efecto rebote tras la retirada del fármaco o aparecieron efectos adversos (Nguyen et al., 2006; Volz y Kiesser, 1997) y dos son estudios retrospectivos (Hameed et al., 2005; Lander, Friche y Knudsen, 2006). 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 e, incluso, en el estudio retrospectivo de Lander, Friche y Knudsen (2006) la administración de fármacos psicotrópicos resultó ser el único factor que pareció tener efectos negativos en la recuperación funcional de algunos pacientes.

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 empíricament validados (Nathan y Gorman, 2007) y no permiten ir más allá de las recomendaciones generales que indican la prescripción de psicofármacos sólo 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.



## **2. EL USO DE LA REALIDAD VIRTUAL EN LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.**

### ***2.1. DEFINICIÓN DE REALIDAD VIRTUAL.***

La historia reciente nos ha mostrado como las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICS) han propiciado la creación de herramientas que, en poco tiempo, han pasado a formar parte del quehacer cotidiano de las personas: la televisión, los móviles, los ordenadores, Internet... De entre ellas, la Realidad Virtual (RV) es una de las más nuevas y vanguardista en cuanto al manejo de la información, la forma de interacción hombre-computadora y las posibilidades de comunicación entre los seres humanos que proporciona. 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, Quero et al, 2004; Botella, Baños et al., 2007; Riva, 2005).

El término “Realidad Virtual” fue utilizado por primera vez en 1989 por Jaron Lanier, oficial jefe ejecutivo de la empresa VLP Research Inc. Sin embargo, la historia de la RV, como ocurre con todos los avances tecnológicos, había comenzado varias décadas antes. Los inicios de la RV estuvieron muy ligados al cine, la investigación y los desarrollos tecnológicos en campos como las grandes empresas y el ejército. Sin embargo, fueron las investigaciones de Ivan Sutherland, un estudiante del Instituto Tecnológico De Massachussets (MIT), las que constituyeron los primeros intentos de construcción de sistemas de eso que hoy llamamos RV. Shutherland fue el primero en diseñar gráficos interactivos de ordenador y en 1963 construyó su propio *Head Mounted Display (HMD)* literalmente, dispositivo montado sobre la cabeza (Mazuryk y Gervautz, 1996).

La tecnología de la RV 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, Baños et al., 2007, Liaño, 2006; Meehan, Insko, Whitton y Brooks, 2002).

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, abre la posibilidad a nivel psicológico de utilizar los contextos virtuales como herramientas terapéuticas. Estas herramientas ayudan a la persona a tomar conciencia, experimentar y modificar aquellas conductas, pensamientos y emociones que son desajustadas 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, Baños, Lasso de la Vega et al., 2006; Botella, Baños et al., 2007)

Por lo tanto, observamos que en una experiencia de RV existen dos grandes conjuntos de factores. Por un lado, los aspectos tecnológicos, los sistemas que generan mundos virtuales más o menos inmersivos y las aplicaciones que permiten interactuar con dichos mundos. Por otro, los factores humanos relativos a la persona que utiliza e interactúa con dichos mundos virtuales. En este sentido, muchos autores se han centrado en exponer las características del primero de estos factores, el funcionamiento y las capacidades de los sistemas, mientras que han obviado el segundo, las características del usuario que utiliza esta tecnología. Así, Burdea (1993) concebía la RV como *“una compleja interfaz de usuario que engloba simulaciones e interacciones en tiempo real a través de múltiples canales sensoriales. Estas modalidades sensoriales son visuales, auditivas, táctiles, olfativas, etc”*. Mientras que Craig y Sherman (2003) se refieren a la RV como un sistema que percibe las acciones del usuario y mediante la

retroalimentación de sus sentidos busca provocarle la sensación de que se encuentra en el mundo simulado por el ordenador. Sin embargo, por más que el sistema sea capaz de “generar” la experiencia virtual ésta realmente no se producirá a menos que haya un usuario capaz de sentirse presente en el escenario propuesto, y vivir dicha experiencia. Nuestra postura, al igual que la de autores como Frank Biocca (Biocca, 1997; Biocca y Delaney, 1995), es la de considerar que ambos factores, tanto la tecnología como las personas, son imprescindibles para poder hablar y entender realmente una experiencia virtual.

A continuación se expone una clasificación que recoge los elementos que se consideran clave para que se produzca una experiencia de RV:

1. *El usuario o factor humano.* En este sentido cabe decir que en sus inicios, los estudios sobre la RV se centraron en las características de la percepción humana investigando la forma de adecuar los estímulos generados por el ordenador a los órganos y procesos de la percepción. Sin embargo, pronto se evidenció que los estímulos sensoriales y los procesos perceptivos no son los únicos responsables de que nos sintamos presentes en una situación o de que la juzguemos como real. Por ello, la investigación tuvo que ampliar sus márgenes y atender a otros procesos básicos del usuario, como la atención o la memoria y otros más complejos como la cognición y las emociones (ver Figura 4). Como se ha comentado, el objetivo de cualquier sistema de RV es conseguir que el usuario se sienta *inmerso* y “*presente*” dentro del ambiente generado y para ello es necesario que se produzca lo que se ha denominado *suspensión de la incredulidad*, lo cual puede suceder también con un libro o una película.



**Figura 4 - Usuario utilizando un Sistema de RV**

2. *Los dispositivos de entrada y salida.* Estos dispositivos son los encargados de producir tanto la estimulación de los sentidos como de recoger el *feedback sensorial* necesarios para que se cree la ilusión de encontrarse en un mundo virtual. Por otro lado, posibilitan la interacción del usuario con el sistema permitiendo que éste pueda moverse, cambiar su punto de vista y modificar los elementos del entorno virtual y que dicho entorno le responda en tiempo real.

Por lo tanto, gracias a los diferentes dispositivos (o interfaces) de entrada y de salida de datos el equipo de control sirve de puente en “tiempo real” (de manera instantánea) entre el usuario y el entorno virtual. El equipo de control actualiza la escena simulada de acuerdo a las instrucciones (generadas por las acciones y los movimientos del usuario) introducidas a través de los dispositivos de entrada (p.ej., un casco de realidad virtual con *Head Tracker* que recoge la posición y orientación del usuario en el espacio o dispositivos que se accionan con el cuerpo, como un ratón, un *joystick* o un juego de volante y pedales, *dataglove* o guante de datos) (ver Figura 5).



**Figura 5 - Dispositivos de entrada de información al Sistema de RV (ratón, yoystick, conjunto de volante, mandos y pedales y dataglove)**

Los interfaces de salida (p.ej., un casco o una pantalla, altavoces, proyectores) sirven para enviar continua e instantáneamente diferentes tipos de estímulos (o informaciones) hacia los canales sensoriales y motrices del operador (ver Figura 6). Se establece, de este modo, una relación dinámica entre el ser humano y la máquina, en la cual el usuario ejerce, o cree ejercer, el control. En esta relación juegan un papel esencial estos dispositivos pues la simplicidad de comunicación con la máquina es fundamental para el desarrollo de la tecnología de las realidades inmateriales, ya que periféricos poco cómodos pueden alterar la capacidad inmersiva del sistema, al recordar permanentemente que estamos conectados a un ordenador.



**Figura 6 -Dispositivos de salida del Sistema de RV (altavoces, proyector, casco de RV)**

3. *El software, el ordenador o equipo de control y el entorno virtual que generan.* El mundo virtual es el espacio imaginario que el usuario percibe y en el cuál se lleva a cabo la experiencia virtual. Detrás de dicho mundo virtual digital hay siempre un programa informático encargado de modelar adecuadamente el espacio sensorial simulado, y un ordenador capaz de restituir la información sin que el usuario perciba ningún retraso en las respuestas del sistema. Son, por tanto, los responsables de la gestión de los dispositivos de entrada y de salida, así como del análisis de los datos y de la generación de la respuesta adecuada (los generadores de gráficos, las bases de datos y los sistemas que mantienen las construcciones dentro del entorno) (ver Figura 7).



**Figura 7 - Ambientes de RV (ascensor y avión)**

Por lo tanto, la lógica de los sistemas de RV radica 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 se deje seducir por la propuesta del ordenador y tenga la sensación de estar presente y participar de la experiencia generada por el entorno virtual. A esto se le ha denominado el *sentido de presencia* (Minsky, 1980). Muy relacionado con el sentido de presencia se encuentra el 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). Según Botella, Baños y Alcañiz (2003) el proceso por el cuál la

persona se sumerge y se siente presente en un el mundo virtual ocurre, en su mayor parte, de forma automática y en él intervienen multitud de factores (factores relativos al medio, al contexto, a la tares, al ambiente virtual, a la persona que utiliza el sistema y al mundo exterior) que influyen en el grado en que un determinado usuario se sumergirá en la experiencia. Por tanto, una persona puede sentirse muy presente en un ambiente, mientras que otra puede no sentirse presente en absoluto; incluso es posible que un mismo individuo experimente diferentes niveles de presencia en diferentes momentos de una misma experiencia virtual. Por otra parte, como hemos visto, además del sentido de presencia y el juicio de realidad en el contexto de una experiencia virtual están en juego otros dos factores. Por un lado, la capacidad del sistema para conseguir que la persona atienda únicamente al ambiente virtual, denominada *inmersión* (Sadowski y Stanney, 1999). Por otro, la capacidad del ambiente para responder a las acciones del usuario de forma ajustada y en tiempo real, denominada *interacción* (Pandzic, Capin, Magnenat-Thalmann y Thalmann, 1997).

En el siguiente apartado se presentarán de forma breve los diferentes sistemas capaces de generar entornos o ambientes virtuales con los que se cuenta actualmente.

## **2.2. SISTEMAS Y DISPOSITIVOS DE REALIDAD VIRTUAL.**

Por lo que se refiere a los sistemas capaces de generar ambientes de RV, no se puede hablar de un modelo tipo de RV pues estos sistemas presentan formas y características diferentes, utilizan equipos tecnológicos de distinta naturaleza y están diseñados para funciones distintas. Además, es habitual encontrar combinaciones de componentes y aplicaciones hechas a medida, cada una capaz de producir varios niveles de experiencia sensorial. Sin embargo, podemos hacer una distinción básica en función de las características generales de los equipos utilizados para generar los ambientes virtuales y de su mayor o menor capacidad de inmersión: los sistemas de sobremesa y los sistemas proyectivos.

### **2.2.1. Sistemas de sobremesa.**

*-Sistemas de sobremesa no inmersivos.* Este tipo de sistemas presentan el entorno digital en la pantalla de un ordenador y, en ocasiones, han recibido el nombre de RV de escritorio (*desktop VR*) o *Window On World* (Ventana del mundo). En ellos el usuario puede interactuar y desplazarse por el ambiente por medio de algún tipo de mando o ratón (ver Figura 8). En ocasiones se utilizan gafas de visión estereoscópica, aunque no todas las aplicaciones lo requieren. Una variación más inmersiva del acercamiento *Window On World* es el *Videomapping*, que une una entrada de vídeo de la silueta del usuario con un gráfico de la computadora en 2D. El usuario observa un monitor que muestra la interacción de su cuerpo con el mundo virtual. Este sistema se ha utilizado y se sigue utilizando actualmente en algunos video-juegos comerciales. También ha sido utilizado en programas de TV para meter a los concursantes en lo que parece ser un vídeo-juego a escala humana. Esta tecnología muestra cómo puede conseguirse una sensación de inmersión psicológica aún cuando no exista inmersión sensorial completa. Son plataformas adecuadas para el

diseño industrial y otras aplicaciones que requieran sistemas avanzados de visualización 3D.



**Figura 8- Usuario utilizando un sistema de sobremesa con un videojuego**

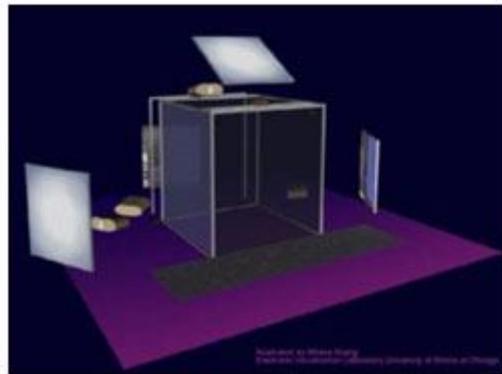
*-Sistemas de sobremesa inmersivos:* El objetivo de este tipo de sistemas es conseguir que el usuario tenga la sensación de encontrarse dentro del entorno generado por el ordenador. Para ello, se debe contar con un equipo que disponga de dispositivos capaces de engañar (o estimular) el mayor número de sentidos posibles, siendo imprescindible el uso de un casco de visualización estereoscópica o HMD para aislar al usuario del entorno real (ver Figura 9). Este casco cuenta con dos pequeñas pantallas situadas frente a los ojos que muestran los gráficos generados por el ordenador y unos auriculares que permiten escuchar los estímulos auditivos. A pesar de que normalmente se relaciona a la realidad virtual con este sistema de visualización, la conveniencia de su uso es puesta en cuestión pues existe abundante investigación que muestra que el uso continuado del HMD provoca determinados efectos secundarios tales como mareo, picor de ojos, dolor de cabeza, etc.



**Figura 9 - Usuario utilizando un HMD**

### **2.2.2. 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. El problema de la visión lateral se intenta resolver colocando varias pantallas de proyección que se actualizan simultáneamente. 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 un interfaz adecuado. El más significativo de los sistemas de este tipo es el CAVE (o cueva), creado en la Universidad de Illinois en el Laboratorio de Visualización Electrónica (Cruz-Neira, 1993) (ver Figura 10). El CAVE está basado en la proyección de los gráficos sobre pantallas dispuestas de tal forma que dan lugar a una habitación o una cueva en cuyo interior permanece el espectador o espectadores. Los simuladores de vuelo y otros simuladores de conducción utilizan sistemas proyectivos basados en conceptos similares. Los vehículos suelen incluir plataformas móviles para simular el movimiento físico.



**Figura 10 - Sistema CAVE**

Dentro de los sistemas proyectivos se encuentran también los Bancos de trabajo o *Workbench* que funcionan exhibiendo imágenes estereoscópicas generadas por ordenador sobre una superficie de trabajo (ver Figura 11). Estas imágenes pueden ser vistas por uno o varios usuarios que utilizando gafas estereoscópicas pueden observar una imagen en 3D que se alza sobre la superficie del banco de trabajo. Los usuarios pueden interactuar con el banco de trabajo de diversas maneras: mediante gestos o mediante órdenes verbales que el sistema reconoce y, también, mediante interfaces gráficos en 3D.



**Figura 11- Workbench o Banco de Trabajo**

Existen sistemas menos complejos que ofrecen imágenes tridimensionales no envolventes sobre una única pantalla (ver Figura 12). Muy utilizados en presentaciones de arte virtual, demostraciones

comerciales y aplicaciones educativas, estas plataformas se sitúan 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.



**Figura 12 - Sistema de RV con imágenes tridimensionales no envolventes sobre una única pantalla**

Tras la revisión del concepto y los elementos que componen lo que entendemos por RV se van a comentar, de forma breve, 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.

### ***2.3. VENTAJAS Y DIFICULTADES RELACIONADAS CON LA APLICACIÓN DE LA REALIDAD VIRTUAL EN LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS***

Los puntos que a continuación se detallan recogen las principales ventajas que diversos autores han señalado en relación a la utilización de la RV en el ámbito de los tratamientos psicológicos (Botella, Baños, Perpiñá y Ballester, 1998; Botella, Baños et al., 1998; Botella, Quero et al., 2004; Riva, 2005; Wiederhold y Wiederhold, 1998; Zimand, Rothbaum, Tannenbaum, Ferrer y Hodges, 2003):

1) *La RV proporciona un lugar seguro y protegido.* La RV proporciona un ambiente en el que se pueden llevar a cabo acciones como si fueran reales, pero sin las consecuencias o imprevistos propios de nuestra realidad cotidiana. Debido a que el tratamiento con RV se lleva a cabo en la consulta, éste 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. 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, pues nada de lo que temen que pueda ocurrir va a suceder realmente. 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 ejercer un control total sobre los diferentes elementos y sobre la gradación de la dificultad de la experiencia que se afronta en el mundo virtual.* Por una parte, se pueden variar las condiciones de la “realidad creada” en función de las necesidades de cada persona (aumentar o disminuir el número de gente en un autobús; que en un vuelo aparezcan o no turbulencias; la duración de un trayecto en metro, que un ascensor sufra un fallo mecánico o no, que se desate una tormenta...). Ello permite exponer al paciente de forma

gradual a aquello que le resulta difícil o considera imposible de superar. Por otra parte, como se ha comentado, ofrece al paciente la posibilidad de controlar y decidir qué acciones va a llevar a cabo y hasta dónde quiere llegar o arriesgarse en cada momento.

3) *Elimina dificultades que la vida real puede imponer a la terapia.* Evita tener 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. 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) *Proporciona a la persona un lugar en el que situarse y vivir experiencias como si fueran reales y le proporciona una nueva perspectiva 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. Todos estos procesos se llevan a cabo en un contexto o ambiente y se viven en primera persona por lo que los cambios tienen lugar realmente lo que se espera que facilite el cambio de estructuras y la ampliación y flexibilización de sus creencias sobre el mundo y sobre sí mismo.

5) *Es un recurso importante para aumentar la eficacia personal.* Los contextos creados mediante la RV proporcionan a la persona la oportunidad de practicar y aumentar su competencia y eficacia. 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, diseñando actividades que el paciente pueda resolver

con éxito y a su ritmo. 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. Y 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.

6) *Permite ir más allá de la realidad.* Por el hecho de ser virtual, el contexto puede modificarse para crear situaciones mucho más difíciles de las que podrían encontrarse en la realidad. 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. Si, por ejemplo, antes le parecía muy difícil subirse a una escalera, cuando consigue asomarse a un balcón en el piso 13, la dificultad que entraña para ella subirse ahora en una escalera puede parecerle mínima. En este sentido, la RV permite crear situaciones extremas, que van más allá de lo esperable, pero que tienen esa potencialidad de rebajar la dificultad que antes se percibía en la situación más cotidiana.

7) *Permite al terapeuta observar 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) *Ofrece privacidad y ahorro de 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 exponer sus síntomas en lugares públicos. 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 otro lado, en el trabajo con la RV se han puesto de manifiesto algunos factores negativos o limitadores. 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 la RV:

- 1) En cuanto a los dispositivos generadores de la RV, se han informado de algunos efectos secundarios negativos tanto durante como tras su utilización. Estos efectos se han constatado sobre todo relacionados con el uso de los HMD siendo los siguientes los más frecuentemente encontrados: 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. Estos síntomas suelen ser pasajeros y de una intensidad moderada, aunque se ha constatado que en un pequeño porcentaje de personas han llegado a ser tan intensos que se ha tenido que suspender la sesión de exposición virtual (Cobb, Nichols, Ramsey y Wilson, 1999). A los síntomas anteriores, en el caso del HMD hay que añadir la incomodidad en su uso relacionada con la presión y el peso que ejerce el casco en la cabeza y la imposibilidad de ver el dispositivo de interacción que se está manejando.

- 2) Existen, además, algunos problemas ligados a las limitaciones de las capacidades técnicas de los sistemas. 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, por lo que la riqueza sensorial que se puede ofrecer al usuario está todavía muy 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, hay que destacar que todavía no se ha conseguido desarrollar aplicaciones que permitan a la persona interactuar con el ambiente de una forma “*realmente*” natural.
  
- 3) 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 estandarización tanto de los mecanismos y *softwares* de RV como de los protocolos de tratamiento utilizados. 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 investigadores contaban en el momento de llevarlas a cabo. Por su parte, apenas existen protocolos publicados lo que hace difícil que éstos puedan ser compartidos por distintos grupos o utilizados en otros contextos diferentes a aquellos para los que fueron creados (Botella, Quero, Lasso de la Vega et al., 2006).
  
- 4) Otra consecuencia de la falta de estandarización tanto de sistemas como de protocolos que utilizan la RV es el elevado coste que comporta 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 cada aplicación de RV. Las cifras aportadas por el proyecto europeo VEPSY (*Telemedicine and Portable Virtual Environments for Clinical Psychology*) (Riva et al., 2001) en cuanto al

coste de diseñar, aplicar y poner a prueba una aplicación clínica de RV se encuentran entre los 150.000 y los 200.000 euros.

- 5) Por lo que se refiere al uso de los sistemas por los terapeutas, se ha encontrado que los fallos que a veces ocurren (debido a la imperfección y gran complejidad del *hardware* y del *software* que utilizan) así como los interfaces difíciles o poco naturales disminuyen la confianza en la tecnología y se perciben como una amenaza en la relación paciente-terapeuta, por lo que algunos terapeutas se muestran resistentes a incluir la RV entre sus herramientas terapéuticas.
- 6) En relación al uso de la RV en el trabajo terapéutico hay que señalar que ello supone una carga adicional para el terapeuta y, en general, una necesidad extra de formación. El terapeuta debe interactuar a la vez con el paciente y con el sistema por lo cual se ve obligado a manejar gran cantidad de información y realizar, al mismo tiempo, diversas tareas. Esta situación puede llegar a ser bastante estresante y provocar una merma en sus recursos atencionales.
- 7) Por otro lado, como señalan Wood, Wiederhold y Spira (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 tanto, se necesita llevar a cabo más estudios con la finalidad de reducir el impacto negativo de esta nueva tecnología y maximizar sus potenciales efectos beneficiosos. Y es que la RV constituye un paso intermedio entre la consulta del terapeuta y el mundo real capaz de mejorar la condición clínica de los pacientes, aportando nuevas posibilidades en los tratamientos psicológicos y permitiendo superar algunas de las dificultades de

las formas de terapia tradicionales. Por ejemplo, frente a la exposición en imaginación la RV puede aplicarse en personas que tienen dificultades para imaginar y presenta estímulos interactivos que mantienen la atención de forma más eficaz. Y en relación a la exposición, la RV constituye una alternativa de tratamiento que puede ser menos temida y mejor aceptada por aquellos pacientes a los que la exposición en vivo les resulta demasiado aversiva pues permite graduar y controlar los estímulos a los que el paciente va a ser expuesto en un contexto seguro y sin riesgos. En este sentido, son destacables 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), mientras que de entre aquellos que sí lo hacen alrededor de un 25% lo rechazan o abandonan al ser informados del procedimiento que constituye la exposición en vivo (García-Palacios, Botella, Hoffman y Fabregat, 2007; García-Palacios, Hoffman, See, Tsay y Botella, 2001; Marks, 1978, 1992). 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.

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 los tratamientos psicológicos.

## ***2.4. APLICACIONES DE LA REALIDAD VIRTUAL EN LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.***

La RV, como hemos visto, 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 problemas psicológicos porque permite abordar y vivenciar los diferentes aspectos problemáticos que la persona necesita trabajar en terapia sin las consecuencias ni limitaciones que impone la realidad y con un elevado grado de control.

### **2.4.1. La RV aplicada al tratamiento de los trastornos psicológicos no vinculados directamente al estrés.**

La RV ya ha sido utilizada en el tratamiento de diversos trastornos aportando resultados positivos. Los primeros trabajos se llevaron a cabo en el ámbito de los trastornos de ansiedad, más concretamente, en el caso de las fobias. Probablemente, las fobias fueron los primeros trastornos en los que se aplicó la RV porque constituyen un problema relativamente específico y sencillo. Esto facilita el diseño de entornos virtuales que simulen los elementos y las situaciones que la persona teme y/o evita permitiendo así la exposición virtual a los mismos. Y, por otra parte, porque el tratamiento por excelencia de las fobias es la exposición en vivo y ésta resulta muy aversiva. En este sentido la RV representaba la posibilidad de llevar a cabo dicha exposición de una forma más controlada y menos aversiva.

La primera fobia tratada mediante la RV fue la **acrofobia** (Lamson, 1994; Rothbaum et al., 1995a; 1995b). Los buenos resultados puestos de manifiesto por estos primeros trabajos animaron a otros investigadores a utilizar la herramienta virtual para llevar a cabo la exposición de los pacientes a las alturas (Choi, Jang, Ku Shin y Kim, 2001; Emmelkamp et al., 2002; North y North, 1996) y, también, a extender su uso a otro tipo de fobias. Así,

la RV se ha utilizado también en el tratamiento de la **claustrofobia** (Botella, Baños et al., 1998; Botella, Villa, Baños, Perpiñá, y García-Palacios, 2000) y la **fobia a los animales pequeños** (Botella, Quero et al., 2008; Carlin, Hoffman y Weghorst, 1997; García Palacios, Hoffman, Carlin, Furness III y Botella, 2002; Grimsdale ,1995; Michaliszyn, Marchand, Bouchard, Martel y Poirier-Bisson, 2010).

En estos primeros momentos, los escenarios construidos por la RV eran relativamente sencillos: un vacío, una araña o una habitación cerrada. Sin embargo, los rápidos avances técnicos y la capacidad creativa en la aplicación de los sistemas virtuales fueron posibilitando que esta tecnología progresara generando contextos más elaborados que permitieron tratar problemas más complejos. De esta forma, en 1996 se publica el primer estudio aplicado al tratamiento del trastorno de **pánico y agorafobia** (North, North y Coble, 1996) al que siguieron otros (Botella et al, 2007; Pitti, Peñate, Leon, Villaverde y Acosta, 2008; Pérez-Ara et al., 2010; Vincelli et al., 2003). Se habían diseñado escenarios que permitían un mayor número de acciones como viajar en tren o autobús o entrar en un supermercado para hacer la compra, con un mayor número de variables manipulables como el número de gente o la duración y el número de paradas.

Rápidamente, otros problemas empezaron a ser tratados utilizando la exposición mediante la RV. La **fobia a volar** es uno de los trastornos que cuenta con un mayor número de trabajos (Botella, Osma, García-Palacios, Quero, y Baños, 2004; Mühlberger, Herrmann, Widemann, Ellgring y Pauli, 2001; Mühlberger, Widemann y Pauli, 2003; Mühlberger, Weik, Pauli y Wiedemann, 2006; Rothbaum, Hodges, Smith, y Lee, 2000; Rothbaum, Hodges, Anderson, Price y Smith, 2002; Rothbaum et al., 2006; Tortella-Feliu et al., 2011; Wiederhold, 1999; Wiederhold, Jang, Kim, y Wiederhold, 2002; Wiederhold y Wiederhold, 2003). Ello no es de extrañar pues se trata de uno de los problemas psicológicos en los que la RV presenta ventajas más evidentes frente a la exposición tradicional en cuanto a la relación coste-beneficio y al control que permite ejercer sobre el vuelo y las condiciones climáticas. Por su parte, también en el ámbito de la **fobia social** se han llevado

a cabo diversos trabajos, especialmente en relación al miedo a hablar en público y al uso de audiencias virtuales como contexto de exposición (North, North y Coble en 1998; Pertaub, Slater y Baker, 2002; Slater, Pertaud y Steed, 1999; Wallach, Safir y Bar-Zvi, 2009). En este contexto también existen algunos trabajos que utilizan escenarios diferentes para abordar otros componentes importantes de la fobia social, como el miedo a la intimidad o a ser observado (Klinger et al., 2005; Roy et al. 2003). Otros trastornos de ansiedad en los que se ha utilizado la RV han sido: la **fobia a conducir** (Wald y Taylor, 2003; Walshe, Lewis, Kim, O'Sullivan y Wiederhold, 2003) y el trastorno de **ansiedad generalizada** (Gorini y Riva, 2008)

Dentro del campo de **los trastornos alimentarios**, el tratamiento de la distorsión de la imagen corporal ha aportado datos muy prometedores en cuanto a la eficacia del tratamiento utilizando la RV. El trabajo consiste en guiar a los pacientes a través de diferentes ambientes relacionados con la visión del cuerpo mientras se identifican y trabajan los estímulos que contribuyen al comportamiento desajustado a la hora de comer y que provocan ansiedad y emociones negativas en relación al propio cuerpo (Marco, 2004; Perpiñá et al, 1999; Riva et al, 2000; Riva, Bacchetta, Baruffi y Molinari, 2002; Riva, Bacchetta, Cesa, Conti y Molinari, 2003; Riva, Bacchetta, Cesa, Conti y Molinari, 2004; Riva et al. , 2006).

Otros trastornos en los que los escenarios virtuales han sido también utilizados para llevar a cabo las intervenciones terapéuticas han sido: las **adicciones** tóxicas, como la heroína y la nicotina (Kuntze et al. 2001; Lee et al., 2003; Nemire, Beil y Swan, 1999) y las no tóxicas, como el juego patológico (Botella, 2004; Botella, Quero, Serrano, Baños y García-Palacios, 2009; García-Palacios, Lasso de la Vega, Botella, Baños y Quero, 2006); los **trastornos de la función eréctil** (Optale et al., 1997; Optale et al., 2004); los trastornos en población infantil como el **autismo** y la **hiperactividad** (Strickland, 1997; Rizzo et al., 2000), y la **esquizofrenia** (Park et al., 2009). Mientras que en un contexto ligeramente diferente, el **dolor** relacionado con diferentes procedimientos médicos, encontramos que la RV ha sido utilizada como una técnica para inducir analgesia y aliviar el dolor agudo (Furman et

al., 2009; Gershon, Zimand, Pickering, Rothbaum y Hodges, 2004; Hoffman, Patterson, Carrougher y Sharar, 2001; Hoffman et al., 2008; Schneider, Prince-Paul, Allen, Silverman, y Talaba, 2004; Schneider y Workman, 1999).

#### **2.4.2. La RV aplicada en el tratamiento de los trastornos relacionados con el estrés.**

En el ámbito en el cual se inscribe la presente tesis, el tratamiento de los **trastornos relacionados con el estrés**, encontramos diversos estudios que han utilizado la RV como forma de exponer a los pacientes a los acontecimientos traumáticos o estresantes que han vivido.

En este contexto, y 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 al tratamiento de exposición prolongada (Foa, Keane y Friedman, 2000; Rosen, 2004). Sin embargo, esta técnica parece estar infra-utilizada en la práctica clínica (Foy et al., 1996). Según los resultados del estudio de Becker, Zayfert y Anderson (2004) sólo una pequeña minoría de psicólogos (17% de un total de 852) utilizaron la exposición para tratar el TEPT, mientras que menos del 10% de los especialistas del estudio de Rosen et al. (2004) la utilizaban de forma regular. 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 (Nishith, Resick y Griffin, 2002) y que el estrés que esta técnica genera pueda descompensarlos o hacerles abandonar el tratamiento. 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.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que la utilización de la exposición mediante la RV para el TEPT produjo una reducción significativa de los síntomas que los pacientes presentaban en relación al acontecimiento

traumático que habían vivido. Por ejemplo, el grupo de Rothbaum ha informado de mejorías en la situación clínica de veteranos de guerra diagnosticados de TEPT (Ready, Pollack, Rothbaum y Alarcón, 2006; Rothbaum et al., 1999; Rothbaum, Hodges, Ready, Graap y Alarcon, 2001). Por su parte, el grupo de Difede, ha llevado a cabo el tratamiento de varios supervivientes del atentado del 11 de septiembre en Nueva York utilizando una simulación virtual de las torres gemelas con resultados favorables (Difede et al. 2007; Difede y Hoffman, 2002). Es más, en el primer estudio de caso (Difede y Hoffman, 2002) estos autores informaron de mejorías en un paciente que no había respondido al tratamiento mediante exposición en imaginación.

Sin embargo, y a pesar de la continua mejora e innovación de la tecnología, los sistemas de RV utilizados en los estudios descritos hasta el momento, sólo representaban un escenario o series de escenarios relacionados con un hecho o problema específico dado que su objetivo fundamental se dirigía a representar la realidad con el mayor grado de fidelidad posible. Los usuarios podía pasearse por un aeropuerto y volar, coger un autobús, conducir e incluso presenciar el derrumbe de las torres gemelas o verse inmersos en un campo de combate. Ello implica una gran limitación pues estos escenarios difícilmente pueden utilizarse para tratar otros problemas distintos a aquellos para los que fueron diseñados (el escenario diseñado para la aracnofobia no puede ser aplicado para el miedo a los ratones, por ejemplo) o aplicarse en una población diferente de aquella para la cual fueron pensados (por ejemplo, el escenario de las torres gemelas, diseñado por el grupo de Difede y Hoffman, no puede ser utilizado para a alguien que sufre un TEPT pero que no fue víctima del atentado del 11 de septiembre). Esta limitación se hace más evidente en el caso particular del TEPT por la cantidad y variedad de eventos traumáticos que pueden dar lugar al desarrollo de este problema.

Con el objetivo de superar la necesidad de tener que utilizar distintos sistemas de RV para tratar diversos problemas y, al mismo tiempo, mantener todos los beneficios aportados por la RV al tratamiento de los problemas psicológicos, nuestro grupo inició el desarrollo del 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), cuyo acrónimo dio nombre a la herramienta y se aplicó, inicialmente, en el campo de los trastornos relacionados con el estrés: el TEPT, el DC y los TA. El resultado final fue un dispositivo que, en vez de construir escenarios "realistas", lo que hacía era combinar diferentes elementos capaces de evocar los significados y las reacciones emocionales asociadas al acontecimiento vivido y que, al mismo tiempo, era capaz de modificarse en función de los cambios que se iban produciendo en los pacientes. De esta forma, las personas pudieron contar con una representación "física" de sus emociones y del acontecimiento y, a través del trabajo simbólico con dicha representación, se potenciaba el cambio emocional, la mejora de las capacidades de afrontamiento y el aprendizaje a partir de los problemas. Estos cambios eran acompañados y reflejados en el mundo virtual a medida que se iban produciendo constituyendo una manifestación "objetiva" de los progresos conseguidos y ofreciendo un acompañamiento a lo largo de todo el proceso.

Como se ha comentado, la utilidad del sistema EMMA se ha puesto a prueba en diversos trastornos relacionados con el estrés. Los primeros trabajos se llevaron a cabo con la nueva herramienta constituyeron estudios de caso. En el primero, el sistema se utilizó en una paciente víctima de violencia doméstica que había desarrollado un TEPT (Botella, Quero, Lasso de la Vega et al., 2006); posteriormente, se aplicó en el tratamiento de 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., en prensa). Todos estos estudios evidenciaron mejoras en la condición clínica de los pacientes. Los buenos resultados obtenidos animaron al grupo a llevar a cabo 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, García-Palacios et al., 2010). Por su parte, otro estudio mostró que un TCC que utiliza el Mundo de EMMA era igual de eficaz que el mismo programa TCC aplicado de forma tradicional en una muestra que agrupaba pacientes con TEPT, DC y TA (Baños et al., 2011; Guillén, 2008). Mientras que, los resultados obtenidos en

otros dos estudios con una muestra de pacientes que también presentaban estos tres diagnósticos ofrecieron evidencia preliminar acerca de la efectividad del Mundo de EMMA, al tiempo que informaron de las elevadas expectativas que las participantes habían generado y de la gran satisfacción que manifestaron en relación al tratamiento una vez concluida la intervención (Botella, Baños, Rey et al., 2006; Baños et al., 2009).

La revisión de la literatura llevada a cabo indica que la RV constituye un elemento prometedor en el contexto del tratamiento de los trastornos psicológicos. El campo de las fobias específicas es el que acumula un mayor número de estudios y, concretamente, en el caso de la fobia a volar y de la acrofobia se cuenta ya con una considerable evidencia favorable. Sin embargo, como señalan dos estudios recientes: un meta-análisis (Powers y Emmelkamp, 2008) y un estudio de revisión (Meyerbröker y Emmelkamp, 2010), en el resto de trastornos se necesita llevar a cabo más y mejores estudios controlados antes de que el estatus de tratamientos validados empíricamente pueda ser alcanzado. Estamos totalmente de acuerdo con esta postura y por ello nos decidimos a llevar a cabo el estudio controlado que constituye el objetivo de la presente tesis.

### **3. “EL MUNDO DE EMMA” Y EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS.**

Como se ha señalado anteriormente, el Mundo de EMMA es un sistema de RV que se desarrolló en el marco del tratamiento de los trastornos relacionados con el estrés, en concreto el TEPT, el DC y los TA. Tres objetivos fundamentales guiaron la construcción de esta herramienta. El primero consistía en continuar con la línea de trabajo que el grupo venía desarrollando desde hacía tiempo: potenciar el uso de las nuevas tecnologías en el campo de los tratamientos psicológicos. El segundo gran objetivo vino de la mano de la observación de los pacientes con los que se estaba trabajando. Estos pacientes habían sufrido diferentes tipos de situaciones traumáticas y estresantes que requerían de un abordaje específico y personalizado que los sistemas virtuales que existían en aquellos momentos (limitados a copiar la realidad y con un escenario único e igual para todos) no podían satisfacer. Por lo tanto, desde el grupo se propuso trabajar en el diseño de una herramienta que fuera capaz de adaptarse de forma flexible a las necesidades particulares que presentaban cada uno de los casos a tratar. Y el tercer objetivo pretendía salvar otra gran limitación, la reticencia que tanto terapeutas como pacientes presentaba a la hora de aplicar la estrategia por excelencia en el tratamiento del TEPT, la exposición. Se buscaba conseguir que la exposición fuera menos aversiva y dolorosa y para ello se combinaron: la seguridad y el control que proporcionan los mundos virtuales, la posibilidad de llevar a cabo el proceso de forma gradual y el hecho de trabajar de una forma simbólica (utilizando símbolos, música, imágenes, paisajes...)

Junto al desarrollo del sistema, se trabajó también en el ajuste del diseño del protocolo que se ha expuesto anteriormente con el objetivo de que éste constituyera una guía tanto para el tratamiento como para la utilización de la nueva herramienta. El Mundo de EMMA proporcionaba, pues, un contexto y una herramienta para apoyar la aplicación del protocolo de tratamiento desarrollado. Esta herramienta permitía recrear los elementos asociados al

trauma o al acontecimiento estresante que la persona había vivido y exponerla de nuevo a ellos. Se conseguía así una exposición directa a los elementos emocionalmente impactantes minimizando, de esa manera, el riesgo que supone la evitación cognitiva (recurso que puede utilizar el paciente para minimizar el malestar experimentado) y que puede producirse con mayor facilidad si la exposición se lleva a cabo únicamente con la ayuda de la imaginación. La recreación virtual favorecía, al mismo tiempo, la inmersión en el relato, algo totalmente necesario para que se produzca el procesamiento emocional y la superación del acontecimiento. Los escenarios del Mundo de EMMA proporcionaban, además, un espacio atemporal en el que la persona podía reposar, explorar y normalizar todo aquello que le había ocurrido en un contexto seguro y protegido. Dicho contexto permitía, también, introducir mensajes que señalaran que la recuperación es posible. Finalmente, hay que señalar que el Mundo de EMMA conserva todas las ventajas “tradicionales” asociadas a la RV como permitir llevar a cabo la terapia sin salir de la consulta, ejercer un control absoluto sobre el proceso de exposición o salvar la dificultad de depender de la capacidad de imaginación del paciente entre otras.

De manera esquemática el ambiente virtual del Mundo de EMMA ofrece:

- Un escenario que ayuda a representar mediante símbolos (objetos 3D, fotografías, músicas, colores,...) y paisajes el acontecimiento que la persona ha vivido.
- Un ambiente que permite reflejar los sentimientos y pensamientos asociados al acontecimiento, así como los cambios que se producen en los mismos a medida que transcurre la terapia. Ello se consigue gracias a las posibilidades de modificación de los símbolos y de los ambientes.
- Un sistema que incita a la persona a hablar, pensar y analizar los sucesos vividos y sus implicaciones a medida que va construyendo el ambiente adecuado y se va exponiendo a los recuerdos perturbadores propiciando la elaboración, aceptación, y superación de la experiencia, así como el aprendizaje a partir de la misma.
- Un entorno seguro en el que llevar a cabo la exposición sin tener que salir de la terapia ni recurrir a la imaginación.

Las vías para crear estos ambientes significativos y personalizados son fundamentalmente dos: la posibilidad de escoger entre varios contextos y realizar en ellos distintas modificaciones; y la posibilidad de escoger diferentes símbolos en función de lo que éstos representan para cada paciente los cuáles también pueden ser modificados a medida que se van produciendo los cambios.

De esta forma se consiguió un sistema flexible e innovador capaz de adaptarse a las necesidades específicas de los diferentes trastornos relacionados con el estrés y, además, representar y atender de manera personalizada los diferentes problemas que las personas con estos problemas presentaban. Sin embargo, como hemos defendido en el presente marco teórico, consideramos que el TA (y el DC como una variante de éste) constituye una alteración que, a pesar de tener puntos en común con el resto de trastornos relacionados con el estrés, cuenta con suficientes elementos diferenciadores como para constituir una entidad propia por sí mismo. La ausencia de protocolos estructurados para llevar a cabo el tratamiento de los TA, los resultados prometedores encontrados en los estudios que han utilizado la RV para llevar a cabo tratamientos psicológicos y las innovadoras aportaciones del Mundo de EMMA nos decidieron a llevar a cabo el presente estudio.

En esta tesis, por lo tanto, se compara una condición que utiliza el Mundo de EMMA frente a una condición tradicional en una muestra constituída únicamente con pacientes diagnosticados de TA y, además se incluye un grupo control lista de espera.



### **III-MARCO EXPERIMENTAL**

#### **4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.**

##### **Objetivo General:**

El objetivo principal de este trabajo fue comparar la eficacia y la eficiencia (entendida como aceptabilidad) de un protocolo diseñado específicamente para el tratamiento de los TA y aplicado en dos modalidades (de forma tradicional *versus* apoyado en el uso de la RV) y frente a un grupo control lista de espera. Dicho protocolo se basa en un programa previo desarrollado por el grupo de Botella en la Universidad Jaume I (Botella, Baños y Guillén, 2008) para el tratamiento de este problema.

##### **Objetivos específicos:**

Los objetivos específicos que se plantearon fueron los siguientes:

- a) Analizar la eficacia del protocolo de tratamiento para los TA aplicado de forma tradicional y aplicado con la ayuda de la RV.
- b) Comparar la eficacia de las dos estrategias utilizadas para la aplicación del protocolo de tratamiento (tradicional y apoyada por la RV) frente a un grupo control lista de espera.
- c) Comparar la eficacia diferencial del protocolo de tratamiento en función de su forma de aplicación: tradicional o apoyado por la RV.
- d) Comprobar si los cambios conseguidos por las dos estrategias utilizadas para aplicar el protocolo de tratamiento se mantienen en los seguimientos.
- e) Analizar la eficiencia (entendida como aceptabilidad) de las dos estrategias utilizadas para la aplicación del protocolo de tratamiento, tanto por parte de los participantes como por parte de los terapeutas.

## **Hipótesis.**

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

1. Las dos condiciones utilizadas para aplicar el protocolo de tratamiento para los TA (tradicional y apoyado por la RV) darán lugar a cambios estadísticamente significativos en la situación clínica de los pacientes y se espera encontrar mejorías, antes frente a después de la aplicación del tratamiento en: las medidas de interferencia y gravedad; los objetivos terapéuticos; las medidas específicas de los síntomas de duelo o pérdida; las medidas de psicopatología general; las medidas de autoeficacia y autoestima; y en las medidas de crecimiento a partir de la experiencia adversa vivida.
2. Las dos condiciones utilizadas para aplicar el protocolo de tratamiento para los TA serán más eficaces que el grupo control lista de espera.
3. No se observarán diferencias estadísticamente significativas en la eficacia obtenida en la aplicación del protocolo de tratamiento para los TA entre la condición tradicional y la condición que se apoya en las nuevas tecnologías.
4. Los resultados obtenidos en las dos condiciones utilizadas para aplicar el protocolo de tratamiento para los TA se mantendrán en los seguimientos realizados al mes, a los 3 meses y a los 6 meses.
5. Ambas condiciones de tratamiento serán bien valoradas y aceptadas, tanto por los pacientes como por los clínicos, y en caso de existir diferencias estas serán a favor de la condición que se apoya en la RV.

## **5. MÉTODO**

### **5.1. 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 Universidad Jaume I. 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, correo electrónico interno 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. El resto de participantes acudió al servicio tras haber consultado la página *web* del SAP o haber sido remitidos por los contactos existentes con las Unidades de Salud Mental de la Comunidad Valenciana. Tras el primer contacto, los participantes fueron asignados a uno de los cinco terapeutas que formaron parte del estudio para realizar una entrevista de *screening* o rastreo. En dicha entrevista se determinaba el motivo de consulta y se evaluaban los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

#### **Criterios de inclusión y de exclusión:**

Los criterios de inclusión utilizado en el estudio fueron: 1) tener entre 18 y 65 años y 2) cumplir los criterios para un diagnóstico de TA según el DSM-IV-TR (APA, 2002) y la CIE-10 (OMS, 1992)

Por su parte, los criterios de exclusión utilizados fueron: 1) existencia de abuso o dependencia de sustancias, 2) padecer un trastorno psicótico o de la personalidad grave y 3) presentar una enfermedad física grave que imposibilitara la aplicación del protocolo.

## 5.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

El total de la muestra definitiva del estudio estuvo compuesta, en su mayoría, por mujeres (73.9%). Respecto al estado civil el 45.7% de los participantes estaban solteros, el 39.1% casados y el resto (15.2%) eran viudos o estaban divorciados o separados. En cuanto al nivel de estudios el 76.1% 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 50 años con una media total de 33.28 y una desviación típica de 8.47. Y la duración media del problema que sufrían los participantes fue de 4 años (DT = 4.45) oscilando entre un mínimo de 3 meses y un máximo de 20 años. La Tabla 4 presenta con mayor detalle estas características de la muestra.

**Tabla 4: Descriptivos de las variables demográficas de los tres grupos experimentales en el pre-test**

VD	Total
Sexo	
Varones	12 (26.1%)
Mujeres	34 (73.9%)
Estado civil	
Soltero	21(45.7%)
Casado/convive	18 (39.1%)
Viudo/Separado/divorciado	7 (15.2%)
Nivel estudios	
Primarios/secundarios	11 (23.9%)
Universitarios	35 (76.1%)
Edad	
N	46
Rango	18-50
M	33.28
DT	8.47
Duración problema (años)	
Rango	3 meses-20 años
M	4
DT	4.45

Nota. VD = Variable dependiente

Respecto al diagnóstico, siguiendo los subtipos especificados por el DSM-IV-TR (APA, 2002), se encontró que 36 participantes cumplían los criterios de un TA mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo (78.3%), 7 presentaban un TA con estado de ánimo depresivo (15.2%), 2 tenían un TA

con ansiedad (4.3%) y 1 participante cumplía los criterios de un TA con alteración mixta de las emociones y el comportamiento (2.2%).

En cuanto a la medicación, la mayoría de los participantes (78.3%) 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 (21.7%) tomaban algún tipo de ansiolítico o antidepresivo prescrito en su mayor parte por el médico de cabecera. Por lo que respecta a la comorbilidad, ningún participante evidenció durante la evaluación inicial síntomas de ningún otro trastorno del Eje I. 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, Gibbon, Spitzer, Williams y Smith, 1999) mostró un gran porcentaje de pacientes que superaron el punto de corte (según las respuestas en el cuadernillo de autoaplicación) para uno o más de los trastornos recogidos en el instrumento (71.7%). En estos casos, se llevó a cabo la pertinente entrevista por parte del clínico con el resultado de 2 participantes excluidos (pues presentaban alteraciones importantes de la personalidad) y 33 participantes que presentaban un patrón de comportamiento que, sin llegar a cumplir los requisitos de un trastorno de la personalidad, sí denotaba una tendencia pronunciada a comportarse de forma desajustada en determinadas situaciones.

### **5.3. INSTRUMENTOS Y MEDIDAS DE EVALUACIÓN**

La revisión de la literatura llevada a cabo ha puesto de manifiesto que, en estos momentos, 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, aún no habiéndose creado explícitamente para este trastorno, sí recogen algunos de sus aspectos más relevantes. En el Anexo 1 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 en las sesiones de evaluación y tratamiento. Las características de los instrumentos utilizados se describen a continuación:

#### **5.3.1. Instrumentos diagnósticos:**

- **Entrevista de admisión (Lapsitec, 1995).** Se trata de una entrevista semiestructurada utilizada de forma rutinaria por el Servicio de Asistencia Psicológica de la Jaume I que recoge, por un lado, el motivo de consulta del paciente, junto con las principales características tanto del paciente como del problema que presenta. Por otro lado, rastrea la posible presencia de otros trastornos mentales siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV. Y, 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 físicos relevantes.
  
- **Entrevista diagnóstica para los Trastornos Adaptativos (Andreu-Mateu, Botella, Baños y Quero, 2008).** Como se ha descrito anteriormente (en el apartado de Evaluación de los TA), este instrumento consiste en una entrevista semiestructurada desarrollada por nuestro grupo de investigación para la evaluación de los TA. En su elaboración se han tenido 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 estresor tuvo lugar), una valoración de los síntomas presentes (evaluando su gravedad con una escala de 0 a 8, dónde 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 a TEPT, 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 y Corral, 2000) y preguntas cualitativas sobre el acontecimiento estresante. Incluye, además, un apartado opcional que se aplica cuando el suceso estresante ha sido una muerte para evaluar la posible existencia de un duelo complicado (utilizando los criterios de Prigerson y Jacobs, 2001).

- **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, Gibbon, Spitzer, Williams y Smith, 1999). Esta entrevista se diseñó con el propósito de simplificar la investigación e identificar posibles casos de trastornos de personalidad. La personalidad se define como el patrón habitual de comportamiento que se presenta en diferentes contextos y situaciones y que se manifiesta en las cogniciones, el control de impulsos, la estabilidad emocional y las relaciones interpersonales de la persona. La SCID-II 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). El cuadernillo de autoaplicación consta de 119 ítems de respuesta dicotómica (SI/NO) y su corrección se basa en el número de respuestas positivas que la personas ha dado en cada uno de los posibles trastornos evaluados. Si dichas respuestas superan su correspondiente punto de corte, la persona debe ser entrevistada por un clínico entrenado para corroborar un probable diagnóstico.

### **5.3.2. 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. Las respuestas se valoran utilizando una escala “Likert” cuyas puntuaciones oscilan entre 0 y 8 (0 = No interfiere; 8 = Interfiere gravemente).

- **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).

### **5.3.3. Escalas para medir los objetivos de terapia:**

- **Escala de malestar emocional, evitación y creencia** (Adaptación de las escalas de Mark y Mathews, 1979). En ella paciente y terapeuta establecen y valoran: 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 de cada pensamiento/imagen; por otra parte, el grado de malestar que le provocan las diferentes situaciones/conductas y los pensamientos/imágenes, así como la intensidad con la que siente cada emoción, y, por último, el grado en que cree que son válidos cada uno de los pensamientos irracionales que presenta.
- **Escalas Analógico-visuales para medir diferentes emociones.** Estas escalas recogen 3 emociones negativas (tristeza, rabia y ansiedad) y 3 emociones positivas (relax, alegría y esperanza) que los participantes deben valorar en relación a la frecuencia y la intensidad con que las han sentido durante la semana previa a cada evaluación y, también, respecto al grado en qué las sienten cuando recuerdan y piensan acerca del acontecimiento estresante que han vivido. El rango de la escala de respuesta utilizada oscila entre 0 y 10 (0 = "nada" y 10 = "extremo")

### 5.3.4. Otras medidas clínicas relevantes

#### ***Medidas específicas de TA:***

- **Inventario de Duelo Complicado** (ICG; *Inventory of Complicated Grief*, Prigerson et al., 1995). Este instrumento proporciona una forma sencilla de evaluar los síntomas del duelo complicado y permite diferenciar aquellas personas que pueden estar sufriendo los síntomas de un duelo complicado, esto es, que no han podido adaptarse adecuadamente a la muerte de un ser querido y presentan alteraciones funcionales importantes en su vida cotidiana, de aquellas que llevan a cabo un proceso de duelo “normal” o no complicado. El inventario consta de 19 ítems que han de valorarse en una escala de 5 puntos que va desde 0 (“Nunca”) a 4 (“Siempre”). Las personas cuyas puntuaciones son superiores a 25 presentan significativamente grados mayores de interferencia en el funcionamiento social, general, mental, peor salud física y mayores niveles de dolor corporal que aquellos cuyas puntuaciones son iguales o inferiores a dicho valor. 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, 1995).
  
- **Inventario de pérdida.** 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 muerta 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...).

### ***Medidas de psicopatología general:***

- **Inventario de Depresión de Beck-II** (BDI-II; *Beck Depression Inventory*, Beck, Steer, y Brown, 1996). (Adaptado al castellano por Sanz, Navarro y Vázquez, 2003). Este instrumento está constituido por 21 grupos de afirmaciones que evalúan síntomas y cogniciones relacionados con la depresión. Cada grupo presenta 4 alternativas de respuesta ordenadas en función de su intensidad creciente que se puntúan 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 dos últimas semanas. El sumatorio de las puntuaciones permite establecer 4 rangos cuantitativos de depresión: de 0 a 9 (ausente o mínima); de 10 a 18 (entre leve y moderada); de 19 a 29 (entre moderada y grave); y de 30 a 63 (grave). El instrumento ha demostrado propiedades adecuadas de fiabilidad, presenta una adecuada consistencia interna (*alfa de Cronbach* de 0.76-0.95) y una fiabilidad test-retest de alrededor de 0.8 (Beck, Ward, Sterd y Brown, 1996).
  
- **Escala de Afecto Positivo y Negativo** (PANAS; *Positive and Negative Affect Scales*; Watson, Clark y Tellegen, 1988). (Adaptación española de Sandín et al, 1999). Se trata de un cuestionario de 20 ítems que evalúa las dimensiones Positiva (p.ej., interesado, ilusionado, satisfecho) y Negativa del Afecto (p.ej., angustiado, culpable, agresivo). 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 en el momento de responder al cuestionario. La escala es de rápida administración y ofrece puntuaciones separadas para las dos subescalas. Asimismo, presenta una alta consistencia interna y una buena fiabilidad *test-retest* (Watson et al., 1988). La media para la subescala de afecto positivo en una muestra normal es 29.7 (DT=7.9) y para la subescala de afecto negativo 14.8 (DT=5.4).

### ***Medidas de autoeficacia y autoestima***

- **Escala de autoeficacia (Labpsitec, 2009).** Este instrumento es una adaptación de la escala de Inadaptación de Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo (2000). El objetivo de crear esta escala fue contar con un instrumento que valorara la medida en que la persona se sentía capaz de desenvolverse con eficacia teniendo como referencia su desempeño en las áreas más significativas de la vida: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y relación familiar. Se mantuvo también la subescala que recoge una valoración global y conjunta sobre la capacidad para manejarse en la vida cotidiana. La adaptación consistió en sustituir en el cuestionario el enunciado de los ítems. En vez de preguntar por la interferencia que causaba el problema (como en la escala de Inadaptación), se pedía que valoraran su capacidad para desenvolverse con eficacia en la vida. Las respuestas mantuvieron el formato de la escala “Likert” con puntuaciones que oscilan entre 0 y 8 (0 = No interfiere; 8 = Interfiere gravemente). En el presente trabajo sólo se utilizó la escala de valoración global.
  
- **Cuestionario de autoestima (Rosenberg, 1965).** Este cuestionario, elaborado desde una concepción fenomenológica, presenta una estructura unifactorial de la autoestima. Rosenberg (1965) concebía la autoestima como un componente del autoconcepto y lo definía como el conjunto de pensamientos y sentimientos que una persona tiene acerca de su propio valor e importancia, esto es, como una actitud global positiva o negativa acerca de uno mismo. El instrumento está compuesto por 10 ítems (cinco enunciados de forma positiva y cinco de forma negativa) que se responden en una escala Likert de 1 (“muy en desacuerdo”) a 4 (“muy de acuerdo”) puntos. Los 5 ítems inversos son: 1-3-4-6-7. Los rangos para determinar el nivel de autoestima son: 30-40 puntos (autoestima elevada, considerado un nivel de autoestima normal); 26-29 puntos (autoestima media, este nivel indica que no existen problemas de autoestima graves, aunque sería conveniente mejorarla); >25 (autoestima baja, en este rango existen problemas de autoestima significativos). En este trabajo se utilizó la adaptación española de Echeburúa (1995). Un estudio realizado con

población española por Baños y Guillén (2000) ha encontrado una adecuada consistencia interna tanto para una muestra clínica de pacientes con fobia social (*alfa de Cronbach* de 0.88) como para la población general (*alfa de Cronbach* de 0.86). En este mismo estudio se obtuvo una media para la población general de 30.4 (DT=4).

### ***Medida de Crecimiento Postraumático***

- **Inventario de Crecimiento Postraumático** (PTGI, *Postraumatic 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). 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 (Tedeschi y Calhoun, 1996; So-kum Tang, 2007; Ho, Wing Chu y Yiu, 2008). Puntuaciones elevadas en este inventario indican un mayor grado de crecimiento postraumático percibido.

### **5.3.5. Medidas de expectativas, satisfacción y preferencia en relación al tratamiento:**

- **Escala de Expectativas y Escala de Satisfacción con el tratamiento** (Adaptación Borkovec y Nau, 1972). La Escala de **Expectativas** se pasa una vez que el terapeuta le ha explicado al participante la base lógica del tratamiento que va a recibir, pero antes de que éste de comienzo. Su objetivo es medir la opinión/expectativa que el participante se ha formado de dicho tratamiento. Por su parte, la Escala de **Satisfacción/Opinión** se aplica después de que el participante ha concluido el tratamiento y recoge

las mismas cuestiones que se plantearon en la Escala de Expectativas pero, esta vez, partiendo del conocimiento directo del trabajo que se ha llevado a cabo en la terapia. Los aspectos que abordan ambas escalas se refieren a: 1) la lógica del tratamiento; 2) la satisfacción experimentada con el mismo; 3) el grado en que se lo recomendaría a un amigo que tuviera el mismo problema; 4) el grado en el que se considera que podría ser útil para tratar otros trastornos psicológicos; 5) el grado en que se considera que será útil en el propio caso; y 6) el grado en que consideran que la intervención será aversiva. Por otra parte, y con el objetivo de recoger la opinión de los terapeutas en relación a las dos condiciones de tratamiento que habían aplicado, se llevó a cabo una pequeña adaptación del cuestionario de Satisfacción/Opinión. Dicha adaptación consistió básicamente en añadir, por una parte, un ítem adicional referido al grado en que los terapeutas le recomendarían cada una de las condiciones de tratamiento a otro terapeuta para tratar un TA; y, por otra, modificar las dos últimas cuestiones, de manera que éstas preguntaran sobre el grado en que los terapeutas consideraban que el tratamiento le había resultado útil “a sus pacientes”, así como por el grado en el que les había resultado aversivo “aplicar el tratamiento”.

- **Cuestionario de preferencias** (Labpsitec, 2010). Este instrumento se diseñó específicamente para este trabajo. La primera parte del instrumento contiene una breve explicación sobre lo que son los TA, las estrategias psicológicas que se utilizan en su tratamiento y sobre las dos modalidades en las que el tratamiento es aplicado (tradicional o utilizando RV). A continuación se pide a los participantes que respondan a la siguiente pregunta: “Si hubiera podido elegir entre los dos tipos de tratamiento, ¿cuál habría elegido?”. Este instrumento se hizo llegar a los participantes junto con dos vídeos demostrativos de la dos condiciones de aplicación del tratamiento.

### **5.3.6. Hojas de consentimiento informado:**

- **Hoja de consentimiento informado para la investigación** que incluye el objetivo del proyecto en el que la persona puede formar parte y las condiciones en que éste puede ser aplicado.
  
- **Hoja para el consentimiento de grabación en vídeo/audio** que 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.

#### **5.4. DISEÑO Y CONDICIONES EXPERIMENTALES**

En la realización del presente trabajo se ha utilizado un diseño entre grupos de medidas repetidas con tres condiciones experimentales (tradicional, EMMA y control) y cinco momentos de medida (pre-test, post-test, seguimiento al mes, seguimiento a los 3 meses y seguimiento a los 6 meses).

Tras llevar a cabo la evaluación, los participantes fueron asignados aleatoriamente (utilizando el programa informático *RandomAlloc*) a cada una de las condiciones experimentales:

- a) Condición tradicional. En esta condición los participantes recibían el tratamiento siguiendo un formato tradicional de terapia basado en la orientación cognitivo-comportamental y orientado al tratamiento de los TA. El eje del tratamiento lo constituía la narración que el paciente hacía del acontecimiento estresante que le había sucedido y el trabajo sobre dicha narración llevado a cabo junto al terapeuta en un contexto tradicional de terapia, cara a cara.
- b) Condición EMMA. En esta condición los participantes recibían el mismo protocolo de tratamiento que en la condición tradicional pero aplicado con el apoyo del sistema de RV denominado “el Mundo de EMMA”. El acontecimiento se narraba y se trabajaba ayudándose de los símbolos y de los entornos que proporcionaba el mundo virtual. La disposición que el paciente y el terapeuta adoptaban en las sesiones de elaboración del acontecimiento era la de estar sentados uno al lado del otro y orientados hacia la pantalla en la que se proyectaba el ambiente virtual.
- c) Grupo control-lista de espera. En esta condición los participantes eran evaluados tras solicitar ayuda. Concluida la primera evaluación quedaban en espera alrededor de 45 días sin recibir ningún tipo de

intervención. Tras este periodo eran evaluados de nuevo. Una vez finalizado este proceso, aquellos participantes que lo desearon recibieron el tratamiento bajo una de las otras dos condiciones experimentales.

Por lo que respecta al flujo (ver Figura 13) de los participantes a lo largo de todo el proceso de investigación encontramos que un total de 97 personas se interesaron por el estudio (tras recibir o tener noticia del e-mail informativo que se preparó a tal efecto), pero únicamente 66 contactaron tras recibir más información y se presentaron al *screening*. De éstas, 3 no regresaron, otras 3 fueron descartadas por cumplir criterios de exclusión (2 presentaban trastornos de personalidad graves y una tercera se encontraba en un proceso de duelo con una duración inferior a los 6 meses) y, por último, otras 7 abandonaron durante el proceso de evaluación (6 dijeron encontrarse mejor y no desear continuar y a la otra le surgió un problema familiar grave). De esta forma, 54 personas cumplieron los requisitos para participar en el estudio y fueron asignadas al azar a las tres condiciones experimentales posibles (tradicional, EMMA y control lista de espera). Sin embargo, durante el tratamiento se produjeron otras 8 bajas: 3 en el grupo de tratamiento tradicional (1 abandonó porque le resultaba muy difícil enfrentarse a su problema; y 2 salieron del estudio porque empeoraron mostrando síntomas de otros problemas); 3 en el grupo de tratamiento con RV (1 salió del estudio porque empeoró mostrando síntomas de otros problemas; 1 abandonó porque se trasladó de ciudad; y, 1 dijo encontrarse mejor y no desear continuar con las sesiones); finalmente, 2 personas abandonaron en el grupo control (1 porque se trasladó de ciudad; y 1 dijo encontrarse mejor y no desear continuar con las sesiones). Por lo tanto, la muestra final quedó del siguiente modo: condición tradicional (N = 15), condición EMMA (N = 15) y grupo control lista de espera (N = 16). Por último, en el grupo tradicional otro participante salió del proyecto en el seguimiento a los tres meses porque su estado empeoró. Este participante había sido tratado años atrás en el Servicio de Asistencia Psicología de un Trastorno Obsesivo Compulsivo que se recrudeció en el periodo de seguimiento como consecuencia de una nueva situación estresante que se produjo en su vida y pidió recibir más sesiones de tratamiento.

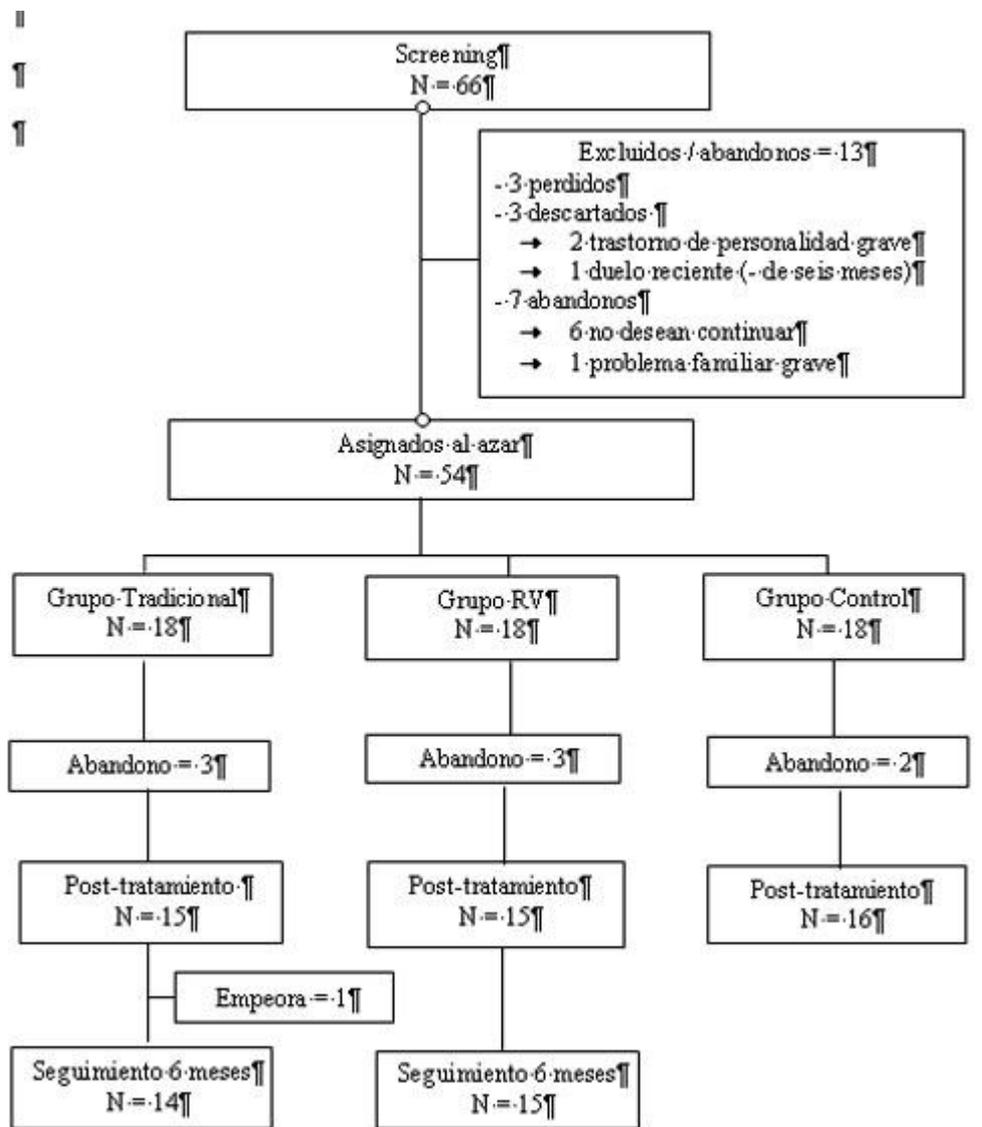


Figura 13 - Flujo de participantes

Tabla 5: Resumen de los participantes asignados a cada condición

Total Evaluados	Abandonos Pre-asignación	Total asignados	Tradicional	Abandonos EMMA	Control
60	6	54	3	3	2

## **5.5. PROCEDIMIENTO**

El primer paso del procedimiento fue la asignación de aquellas personas que respondían al llamamiento a uno de los 5 terapeutas disponibles para el estudio. Dicho terapeuta contactaba entonces con el interesado para concertar la primera entrevista. Esta entrevista 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. A continuación, si el caso era considerado como un posible candidato 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) y, si el participante estaba de acuerdo con dichas condiciones, se le citaba para otra sesión. Los pacientes no recibieron ninguna compensación económica por su participación.

La segunda entrevista constituía la primera sesión de evaluación del TA propiamente dicha. En ella se le administraba al participante la Entrevista semi-estructurada para los TA, con la finalidad de comprobar que se cumpliesen los criterios diagnósticos para dicho trastorno. Si este era el caso, se le explicaba al participante con mayor detalle las condiciones experimentales y la forma en que se iba a llevar a cabo el proceso y se le pedía que firmase las hojas de consentimiento, tanto el de participación en el tratamiento como el de grabación de las sesiones. Se le facilitaba, a su vez, el protocolo confeccionado para esta sesión con sus correspondientes instrumentos de auto-informe y se le indicaba que debía traerlo cumplimentado en la siguiente cita.

La segunda sesión de evaluación del TA 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). 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.

Finalizada la fase de evaluación, las personas consideradas aptas para el estudio fueron asignadas al azar a una de las tres condiciones experimentales utilizando, como se ha mencionado anteriormente, el programa informático “*RandomAlloc*”. Las personas asignadas a las dos condiciones de tratamiento recibieron en su mayoría 6 sesiones de intervención (1 de psicoeducación, 4 de elaboración del acontecimiento adverso y 1 de prevención de recaídas) con una periodicidad semanal y una duración aproximada de 90 minutos cada una. Sin embargo, por motivos éticos y porque el protocolo de tratamiento así lo permitía, aquellos casos que lo requerían podían recibir hasta 2 sesiones adicionales, de manera que estas personas tuvieran las máximas posibilidades de superar las conductas objetivo establecidas para su tratamiento. Los participantes de la condición tradicional recibieron todas las sesiones en las salas de terapia convencionales del SAP. Los participantes de la condición EMMA recibieron la primera sesión de psicoeducación en una sala convencional y el resto en la sala habilitada específicamente para la aplicación del tratamiento utilizando el sistema de RV de EMMA. Por su parte, los participantes de la condición control no recibieron ningún tipo de intervención durante un periodo aproximado de seis semanas, tras el cual fueron evaluados de nuevo y si lo deseaban recibían el tratamiento bajo una de las dos condiciones existentes de intervención.

Concluida la fase de tratamiento, se acordaba una cita con el paciente para la siguiente semana y se llevaba a cabo la evaluación post-tratamiento. En ésta se le entregaban los mismos auto-informes que en la evaluación 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 los seguimientos que tendrían lugar al mes, a los 3 meses y a los 6 meses tras la finalización del tratamiento. En todos los seguimientos los pacientes cumplimentaron de nuevo los instrumentos de medida incluidos en el protocolo de evaluación.

En la evaluación y el tratamiento correspondientes a este estudio participaron un total de 5 terapeutas pertenecientes al SAP de la Universitat Jaume I. Todos ellos contaban con experiencia en la aplicación de programas de tratamiento de orientación cognitivo-conductual y estuvieron supervisados por psicólogos clínicos expertos.

En el siguiente apartado se describirá en detalle el procolo general diseñado y aplicado en este estudio para llevar a cabo el tratamiento de los TA.



## **6. EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO**

Como se ha ido comentando a lo largo del presente trabajo, el programa desarrollado por nuestro grupo para abordar el tratamiento de pacientes diagnosticados de TA ofrece un planteamiento innovador. Dicha innovación consiste en no atender únicamente al objetivo de ayudar a estos pacientes a superar el impacto y las consecuencias negativas que haya tenido el acontecimiento estresante en sus vidas, sino en trabajar paralelamente en el propósito de 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. De hecho, como ya hemos mencionado, consideramos que la base de estos trastornos reside, precisamente, en la presencia de una capacidad de afrontamiento deficiente.

### ***6.1. LA BASE LÓGICA DEL PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PARA LOS TA.***

Siguiendo las directrices marcadas por los dos objetivos generales que se acaban de exponer, el protocolo recogió, por una parte, la necesidad planteada desde el marco de los programas de TCC de trabajar en el procesamiento emocional y en la superación del acontecimiento de estos pacientes mediante la exposición (Foa, Feske, Murdock, Kozak y McCarthy, 1991; Foa y Kozak, 1986; Lang, 1979; Rachaman, 1980). Además, buscando mejorar la eficacia de esta técnica, se añadieron al protocolo estrategias derivadas de las técnicas de aceptación. Estas técnicas se dirigen a disminuir, por una parte la utilización de estrategias de evitación o escape cuando la persona debe afrontar estímulos internos que le generan malestar (pensamientos, emociones o recuerdos) y, por otra, a incrementar la aceptación de dichos estímulos y de los acontecimientos que los provocaron. Concretamente, en el protocolo se incluyó la técnica propuesta por Orsillo y Batten (2005) cuyo objetivo es conseguir que la persona desarrolle una actitud de “participar en” y de “experimentar con” una conciencia plena y libre de juicios de valor cualquier pensamiento o emoción que le surga. De esta manera

se facilita que sea capaz de llevar a cabo cualquier conducta que desee, aunque ésta le resulte difícil.

En relación al otro gran objetivo, ayudar a las personas a aumentar sus capacidades de afrontamiento se adoptó, por un lado, el planteamiento de las estrategias PIE. Estas pautas de intervención surgieron a raíz del trabajo con heridos de la primera y segunda Guerra Mundial y se aunaron bajo el epígrafe de estrategias PIE, acrónimo que señala los principios básicos a tener en cuenta: Proximidad (al escenario de los hechos), Inmediatez (tan pronto como sea posible) y Expectativas (acerca de las posibilidades de recuperación y la vuelta al trabajo). El objetivo fundamental de estas técnicas es el de normalizar los síntomas y generar expectativas de recuperación. (Herbert y Sageman, 2004; Solomon y Benbenishty, 1986). Y, por otro, a estrategias de psicología positiva. La psicología positiva es un término que engloba el estudio de las emociones positivas (bienestar, satisfacción, optimismo, felicidad...), los rasgos de carácter positivos (las fortalezas y las virtudes) y las instituciones que los favorecen (la democracia, las libertades individuales y de información y las familias integradas). Su objetivo es conocer cómo, por qué y bajo qué condiciones florecen las emociones y el carácter positivos y generar estrategias para desarrollar dichas cualidades. El trabajo desde este enfoque permite, por tanto, ofrecer a las personas herramientas para que puedan trabajar en el desarrollo de una vida más plena y productiva ayudándoles a desarrollar y potenciar sus talentos y su inteligencia. Según Bárbara Fredrickson (2001), las emociones positivas tienen la propiedad de ampliar los repertorios de pensamiento y de acción de las personas y de construir reservas de recursos físicos, intelectuales, psicológicos y sociales disponibles para momentos futuros de crisis. De esta manera, la psicología positiva complementa el enfoque “tradicional” más basado en el trauma y el sufrimiento, aportando una visión integradora del ser humano en el que este es visto como un agente activo que construye su propia realidad (Seligman y Csikszentmihaly, 2000; Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005).

Los principales componente terapéuticos que conformaron finalmente el protocolo de tratamiento se detallan a continuación.

## **6.2. COMPONENTES DE TRATAMIENTO PARA LOS TA**

Los principales componentes terapéuticos utilizados en el programa de tratamiento y presentados en las sucesivas sesiones de terapia fueron los siguientes:

### **6.1.1. Psicoeducación.**

Este componente es la base de la primera sesión y una parte importante del resto del tratamiento. La primera sesión se utiliza para transmitirle al paciente diversos conceptos y exponerle de forma general en qué va a consistir el tratamiento. Para ello se le explica, en primer lugar, la base lógica del programa así como las técnicas de tratamiento que se van a utilizar, conjuntamente con el objetivo fundamental que se persigue, aprender y crecer a partir de las dificultades. Después, se le ofrece información acerca de cuáles son las reacciones comunes que pueden presentarse ante una situación estresante y se le habla acerca de la sintomatología asociada a la ansiedad, la depresión y los cambios comportamentales que pueden acontecer. Se hace especial hincapié en aquellos aspectos que para cada caso concreto tengan mayor relevancia. La información se completa con la presentación del Modelo Cognitivo de los TA (I) (Botella, Baños y Guillen, 2008) que explica cómo acontecen y cómo se mantienen estos problemas (Ver Figura 2, en el apartado de modelos explicativos).

En las siguientes sesiones, el componente psicoeducativo se dirige a: 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) (Botella, Baños y Guillen, 2008) (ver Figura 3). Este modelo enfatiza el hecho de aprovechar lo aprendido para lograr una mayor auto-eficacia personal y aumentar nuestra sabiduría. El objetivo es que la persona aumente su capacidad de vivir la vida de una forma más plena y satisfactoria. Toda la información que se transmite en la psicoeducación se le ofrece al paciente por escrito para que pueda leerla tantas veces como lo desee.

### **6.1.2. La 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 le pide al paciente que vaya narrando la historia del suceso utilizando como guía los capítulos del libro que ha elaborado y contándola como si estuviese volviendo a suceder. Se hace hincapié en que el paciente intente conectar, hacerse consciente y expresar todas las ideas, pensamientos y emociones que vayan apareciendo. Este material es analizado y elaborado conjuntamente de manera que el paciente pueda ir afrontando, poco a poco, todo aquello que le produce dolor. De esta forma, se va produciendo progresivamente la elaboración y la aceptación de lo ocurrido, al tiempo que se insta a la persona a que tome conciencia de cómo las dificultades constituyen una fuente de incalculable valor para crecer y mejorar como individuos. Este trabajo se complementa con la presentación y la práctica de diferentes recursos y ejercicios y con la instrucción de que éstos se continúen poniendo en marcha incluso una vez finalizada la terapia. Los principales recursos utilizados con la finalidad de potenciar la elaboración, la asimilación y el aprendizaje a partir del acontecimiento vivido son: 1) las enseñanzas sobre la utilidad de los problemas; 2) el análisis de la importancia que ha tenido y tiene en nuestras vidas la resolución de problemas; 3) ejercicios de psicología positiva; 4) el libro de la vida; y 5) las técnicas de aceptación. A continuación se describen brevemente cada uno de estos recursos:

### ***6.1.2.1. Las enseñanzas sobre la utilidad de los problemas de Popper (1995).***

Este componente consiste en ofrecer al paciente un resumen de la filosofía que Karl Popper planteaba en relación a los problemas con los que la vida nos confronta. Este autor propone la conveniencia de adoptar una actitud filosófica de vida que supone entender que los problemas son necesarios, que *vivir es solucionar problemas*, y que debemos intentar alegrarnos de tenerlos porque son ellos los que nos permiten progresar.

### ***6.1.2.2. El análisis de la importancia de la resolución de problemas***

En este caso lo que se le intenta transmitir al paciente es la importancia que ha tenido y tiene la resolución de problemas, tanto en nuestra evolución como especie (el ser humano) como en nuestras vidas como individuos concretos. Se trata de inducir a la reflexión sobre cómo las diferentes dificultades que se han ido superando a lo largo de nuestro desarrollo nos han permitido adquirir nuevas habilidades y capacidades mejorando nuestras condiciones de vida y aumentando nuestro potencial de acción.

### ***6.1.2.3. Ejercicios de psicología positiva.***

En este caso se han utilizado distintas estrategias surgidas del enfoque de la Psicología Positiva (p.ej., Seligman, 2002), del trabajo sobre el duelo de Neimeyer (2000) y de los conocimientos previos de nuestro grupo. Estas estrategias permiten facilitar la búsqueda de significados positivos ante el hecho de tener problemas y generar recursos para afrontar dichos problemas de manera más eficaz. Las principales estrategias utilizadas han sido:

❖ **“La búsqueda de aspectos positivos del acontecimiento estresante”**. Para llevar a cabo este objetivo se le da a los pacientes un listado de preguntas que dirigen su atención hacia diferentes aspectos en los que la vivencia del acontecimiento estresante ha podido influir positivamente. Se les pide que piensen

y que respondan por escrito a cuestiones como: si han aprendido algo; si el acontecimiento ha influido en su sistema de valores o en sus relaciones personales; o si sienten que tras el acontecimiento han mejorado en algún sentido. También se les pide que presten atención a cualquier emoción positiva que pueda haber aparecido mientras se analizaba el acontecimiento estresante (esperanza, gratitud, orgullo...) y se les insta a potenciar dichas emociones. Por último, se les pide que reflexionen acerca de qué clase de persona les gustaría llegar a ser en el futuro y se les insta a que comiencen a trabajar desde “hoy” para conseguirlo.

❖ **“La huella vital y el progreso”**. Este ejercicio continúa y profundiza la labor iniciada en el ejercicio anterior. El punto de partida se sustenta en la idea de que las personas estamos formadas por trazos de las experiencias que hemos vivido a lo largo de nuestra vida, tanto de las positivas como de las negativas (Neimeyer, 2000) y que todas nos ofrecen posibilidades de mejorar y superarnos. En este caso las preguntas intentan dirigir la atención del paciente hacia las estrategias y acciones que pueden ayudarle a manejar mejor la situación a la que se enfrenta. Entre otras cuestiones se le pregunta: si tiene algún control sobre la situación; qué podría pensar o creer para sentirse mejor; qué problemas similares resolvió en el pasado; o cómo podría disfrutar del proceso mientras soluciona el problema.

❖ **“Carta de proyección hacia el futuro”**. Esta tarea está basada en el trabajo de Neimeyer (2000) y consiste en que la persona se escriba una carta a sí misma desde el futuro. Para ello ha de dedicar unos 10 minutos durante 2 o 3 días a imaginar qué tipo de persona será dentro de 10 años (qué estará haciendo, dónde vivirá, con que personas se relacionará, en qué estará trabajando...) y, luego, se escribirá la carta desde ese futuro en segunda persona (como si se la escribiese a alguien muy querido). El análisis de la carta se centrará en poner de manifiesto que el paciente empieza a ver “más allá” de la situación actual, a destacar las expectativas que tiene respecto al futuro y los aspectos positivos que hayan podido

emerger a partir de la situación. Se valora su progreso en terapia y se enfatiza que existen múltiples posibilidades de funcionamiento personal y que puede “elegir” vivir de una forma distinta.

❖ **“Mis mejores virtudes”**. En este ejercicio se le explica a la persona que “virtud” equivale a poder o fuerza para producir o causar efectos, por lo que las virtudes nos proporcionan fortaleza y capacidad de hacer frente a la vida. Se ofrece un listado con ejemplos de virtudes como: adoptar una perspectiva sabia de aceptación de los problemas y de uno mismo; creatividad y originalidad para ver y afrontar los problemas; curiosidad e interés en el mundo; esperanza y optimismo en el futuro; sentido del humor; y trabajo, diligencia y perseverancia (Peterson y Seligman, 2004). Entonces se le pide a la persona que considere cuáles de éstas o de otras posibles fortalezas considera que posee y cuáles considera que le sería útil desarrollar y potenciar con el objetivo de poder utilizarlas para hacer frente a lo que la vida le pueda deparar.

❖ **“Creación de un nuevo significado del acontecimiento”**. Este trabajo se lleva a cabo a lo largo de todas las sesiones y su objetivo es reflejar y fortalecer el cambio que se produce en el significado que el paciente atribuye al acontecimiento a medida que se va llevando a cabo la terapia. El primer paso consiste en preguntar al paciente y dejar constancia del significado original que tiene para él lo que le ha ocurrido. A continuación, se sigue trabajando en las sesiones para explorar otros significados e interpretaciones alternativas a las originalmente atribuidas por el paciente. En la última sesión se le pide al paciente que elabore un nuevo significado más realista y positivo de la experiencia vivida tras el aprendizaje y el cambio que ha experimentado a lo largo del tratamiento. Este ejercicio se lleva a cabo de forma diferente en función del formato de tratamiento utilizado. En el tratamiento con EMMA el significado se expresa de forma metafórica, utilizando símbolos. En el tratamiento tradicional este proceso se hace recurriendo al lenguaje normal aportando una descripción narrada en la que se explica cómo la persona entiende lo ocurrido. Para que

este cambio se produzca, son fundamentales la elaboración y el procesamiento emocional de los recuerdos, pensamientos y sentimientos asociados al suceso, así como, la elaboración de aspectos del futuro de la persona a partir de lo que ha aprendido de la experiencia.

❖ **“Abrir el futuro”**. Este ejercicio se lleva a cabo con la ayuda del libro de la vida que el paciente ha ido escribiendo a lo largo de la terapia (y que se describirá más abajo). Al paciente se le pide que haga un repaso del relato del acontecimiento pero visto desde el momento actual. A medida que el relato avanza se van enfatizando los logros conseguidos y se completa con algunos aspectos que reflejen el futuro. Se señalan los cambios más relevantes y se ayuda a desarrollar la capacidad de extraer de la experiencia los aprendizajes que nos ofrece y convertirlos en lecciones que nos permitan afrontar la vida de forma más positiva. Se enfatiza que los acontecimientos negativos suponen malestar emocional, dolor y sufrimiento, pero nos ayudan a crecer, a orientar mejor nuestra vida y a valorarla más. Y que si los afrontamos como desafíos se viven de una forma menos amenazante facilitando la aceptación serena de las cosas que no se pueden cambiar y aplicándose con valor en la tarea de cambiar aquello sobre lo que sí es posible actuar. Por último, se transmite que una buena actitud para afrontar el futuro consiste en esperarlo con interés, curiosidad, esperanza y optimismo, sabiendo que cada nuevo día viene cargado de nuevas posibilidades por descubrir.

❖ **“Heurísticos”**. En este ejercicio se presentan a la persona una lista con diferentes heurísticos (proverbios, lemas, afirmaciones, refranes, directrices de vida) y se le pide que escoja aquellos que considere le pueden ayudar a mantener y potenciar los cambios logrados en su vida. Se le indica que puede añadir cualquier otro que ella conozca y considere que le puede ser útil. El objetivo es que éstos heurísticos constituyan un recordatorio y una ayuda personalizados en la que cada paciente pueda apoyarse para hacer frente a sus dificultades actuales y futuras.

#### **6.1.2.4. *El libro de la vida.***

Esta herramienta es fundamental en el proceso de elaboración y asimilación del acontecimiento estresante y del aprendizaje a partir del mismo y está basada en las sugerencias que Neimeyer (2000) hizo para el tratamiento del duelo. El primer paso consiste en pedirle al paciente que piense y ponga título a los capítulos en los que dividiría la experiencia que le ha sucedido. Una vez establecidos, dichos capítulos constituyen el índice del “Libro de Mi Vida” y se pasa a trabajar el contenido de cada uno provocando el recuerdo y la elaboración de los acontecimientos y las emociones significativos asociados al suceso adverso. Para realizar este trabajo se utilizan los elementos virtuales en la condición EMMA y la narración en la condición tradicional. El objetivo es que la persona pueda “permitirse” 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. El último paso del proceso consiste en ordenar y almacenar todo lo vivido y aprendido en el Libro como una parte importante de la historia de la persona, que ya no resulta destructiva sino que se ha convertido en una fuente de auto-conocimiento y de recursos para el futuro.

#### **6.1.2.5. *Técnicas de aceptación.***

Cabe señalar que en este trabajo no se ha utilizado el largo entrenamiento que requiere el programa general del “tratamiento de aceptación y compromiso” (ACT, Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) o el protocolo de “mindfulness” de Linehan (p. ej., Linehan, 1993). El objetivo perseguido se limita a enseñar al paciente a “permitirse” experimentar emociones, tener pensamientos o realizar conductas, tanto si éstas son positivas como negativas. Para ello se le ofrecen las sencillas instrucciones de Linehan (1993) acerca de la importancia de ser conscientes de lo que les ocurre a través de la observación, la descripción y la participación en la experiencia que se esté trabajando y de desarrollar la actitud de no juzgar y de hacer las cosas de una en una.

De forma optativa, se podía entrenar al paciente en alguna técnica paliativa si la sintomatología ansiosa, depresiva o comportamental resultaba excesivamente intensa y limitante y el terapeuta considera necesario normalizarlos para el correcto desarrollo de la terapia. Las **Técnicas paliativas** incluidas en el protocolo eran las siguientes:

➤ Para la sintomatología ansiosa se puede entrenar al paciente en la *Respiración Lenta*. Siguiendo las instrucciones de Foa y Rothbaum (1998) se le pide a la persona que tome aire por la nariz, de forma natural, y que se concentre y alargue la expiración mientras repite subvocalmente la palabra tranquilizadora que se haya acordado a medida que va haciendo pequeñas pausas entre respiraciones. Con ello se consigue reducir la velocidad de la respiración y la cantidad de aire inhalada lo que, a su vez, disminuye la ansiedad. Si esta técnica no funciona o la sintomatología es muy elevada, se utilizan las *Técnicas de Distracción*. Estas técnicas consisten en enseñar al paciente a focalizar su atención en estímulos neutros o no amenazadores cuando sienta que la ansiedad le desborda. Las principales técnicas de distracción son: centrarse en un objeto, realizar diferentes ejercicios mentales, implicarse en actividades absorbentes o recurrir a recuerdos y fantasías.

➤ Para la sintomatología depresiva y las alteraciones del comportamiento se utiliza la *Programación de actividades*. Esto es, conjuntamente, paciente y terapeuta elaboran un plan de actividades (con objetivos semanales) para combatir el ciclo negativo de inactividad, aislamiento y disminución de actividades agradables que mantienen el estado de ánimo decaído, la anhedonia y el sentimiento de inutilidad. Se empieza con las actividades presentes o pasadas con un bajo coste conductual y un alto nivel reforzante y, progresivamente, se aumenta el coste y la dificultad y se añaden actividades futuras hasta conseguir recuperar el nivel de funcionamiento y de gratificación previos al episodio.

### **6.1.3. Técnica de la Exposición.**

En muchas ocasiones, se encuentra que el paciente evita, de forma más o menos consistente, determinadas situaciones, actividades, lugares o personas relacionadas con el acontecimiento estresante. Esta evitación, además de mantener y empeorar el malestar y el miedo, puede causar una importante interferencia en la vida por lo que debe ser abordada en terapia. Para ello, el terapeuta instruye al paciente en la utilización de la **técnica de exposición** proponiendo en primer lugar que juntos construyan una jerarquía de exposición que establezca pasos graduales de aproximación a la conducta que se desea afrontar y que el paciente teme. El terapeuta le explica la Escala de Unidades de Subjetivas de Ansiedad (USAs) y le indica que no debe abandonar una situación hasta que la ansiedad haya disminuido. Se le indica al paciente que la exposición la llevará a cabo él en su vida cotidiana y que ésta será supervisada en las sesiones de manera que, al finalizar el tratamiento, el paciente haya podido superar o cuente con los recursos necesarios para hacer frente a la situación o situaciones que anteriormente evitaba.

### **6.1.4. Prevención de recaídas.**

El último paso del proceso es la **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 abordan junto con el paciente los siguientes aspectos: 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 y cuál es la comprensión que del mismo tiene la persona; se le refuerzan los logros conseguidos y su autoeficacia; se anticipan posibles estresores y factores de riesgo individuales y se planea cómo se les podría hacer frente en caso de suceder; se indaga por los planes del paciente para después del tratamiento con la finalidad de que en éstos se incluyan medidas que promuevan y mantengan el cambio y, por último, se programan las citas para los futuros seguimientos.

La forma en que estos componentes se distribuyen a lo largo de las sesiones y la manera en que se aplican en cada una de las dos modalidades en las que el protocolo puede ser llevado a cabo se presentan en el apartado 8: “Aplicación del programa de tratamiento en las dos modalidades: la condición del Mundo de EMMA y la condición Tradicional”.

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

Debido a que el protocolo de tratamiento puede aplicarse con el apoyo del nuevo sistema de RV diseñado por nuestro grupo, el Mundo de EMMA, en este apartado se describirá las características de dicho sistema. En primer lugar, se expondrán los aspectos técnicos del sistema virtual que generan el Mundo de EMMA y, en segundo lugar, el escenario virtual y los aspectos básicos de su utilización.

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

Como ya se ha comentado, el Mundo de EMMA es un sistema de RV que permite la creación y personalización de ambientes virtuales tridimensionales. El sistema permite modificar los elementos de los entornos en tiempo real e introducir elementos multimedia personalizados (fotos, música, textos, vídeos o narrativas del usuario). El Mundo de EMMA es el primer software de salud mental con estas características en el mundo. Los elementos necesarios para crear y utilizar este sistema virtual son los siguientes:

- Dos ordenadores de sobremesa. Uno de ellos tiene una alta capacidad gráfica y es el encargado de mostrar los entornos virtuales en una pantalla de gran formato a través de 2 proyectores con luminosidad alta (aunque para este estudio sólo se ha utilizado un proyector pues no se ha trabajado con estereoscopia). En este ordenador también se instala un ratón, un teclado y el mando de interacción con el mundo virtual. El otro es un ordenador ofimático con una pantalla plana panorámica de 19", que contiene la interfaz gráfica de la aplicación para el terapeuta. Esta aplicación permite variar la configuración del ambiente y llevar a cabo la interacción con el mismo en tiempo real.
- Un motor gráfico que desarrolla la aplicación y que es propiedad de *Brainstorm eStudio*. Este motor gráfico es de origen europeo y se

comercializa a nivel mundial. Con el proyecto EMMA ha sido utilizado por primera vez para aplicaciones de realidad virtual.

- Una pantalla de gran formato (320 × 180 cm) construida sobre material reflectante y colocada sobre una de las paredes de la habitación.
- Dos proyectores Video, con capacidad de resolución de 1080 pixels, contraste de 12000:1 y un brillo de 1200 cd/m<sup>2</sup>. Dichos proyectores cuentan con conexión HDMI 1.3, un zoom óptico de 2.1 aumentos y una potencia de 2000 lumens cada uno. Los entornos proyectados están configurados con una resolución de 1024×720 pixels. La característica más importante de estos proyectores es la incorporación de la tecnología *lens-shift*, que permite ajustar la proyección al centro de la habitación con independencia de la posición del proyector. Esta característica permite configurar el ambiente virtual con estereoscopia.
- Un mando sin cables (*rumblepad wireless*).
- Un sistema de altavoces distribuidos en la habitación para conformar una configuración 5.1. (40W)
- Y una habitación de 5 × 4.5 metros acondicionada para disminuir al máximo la entrada de luz (la habitación no tiene ventanas y el suelo es de color negro)

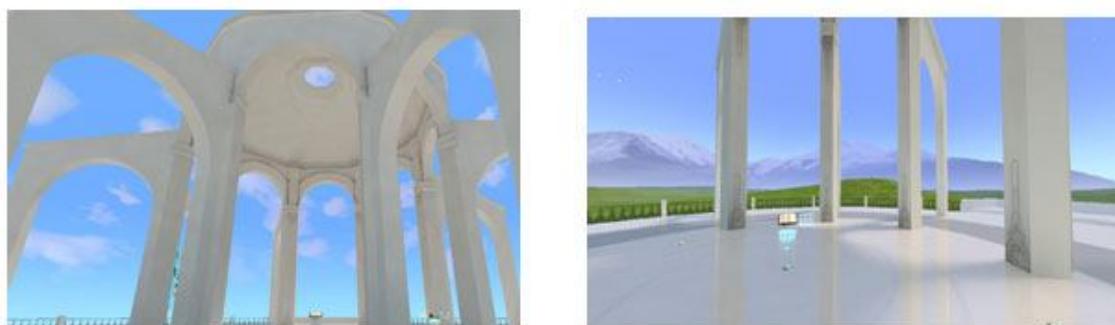
Estos elementos se distribuyen y funcionan de la siguiente manera. Los dos ordenadores (el que ejecuta el software y el que permite la modificación e interacción con el sistema) se comunican entre sí mediante un protocolo TCP/IP. Los proyectores crean en la pantalla las imágenes del mundo virtual y los altavoces reproducen los sonidos asociados a cada paisaje y a las variaciones que en éstos pueden llevarse a cabo (tormenta, terremoto, diferentes sonidos, música, etc.). El paciente y el terapeuta están sentados uno al lado del otro con la habitación a oscuras para aumentar la inmersión en el sistema. El terapeuta está asimismo cerca del segundo ordenador mediante el cual controla la aplicación y las características del ambiente virtual que el paciente ve. El paciente se sitúa mirando hacia la pantalla de proyección con el mando en las manos para interactuar y navegar por el sistema.

## **7.2. DESCRIPCIÓN DEL AMBIENTE VIRTUAL**

En este apartado se llevará a cabo una descripción detallada de cada uno de los elementos que componen el sistema de realidad virtual: el Mundo de EMMA. Se describirán primeramente los dos grandes apartados que constituyen el sistema: la denominada “habitación de EMMA” y los “entornos de EMMA”. A continuación, se detallarán las posibilidades de interacción y de modificación del ambiente virtual que permite el sistema.

### **7.2.1. La habitación de EMMA**

La “habitación de EMMA” simula una estructura arquitectónica y es el lugar en el que dan comienzo todas las sesiones. Esta estructura está compuesta por una base circular sobre la que se asientan varias columnas que sostienen una cúpula también circular. Se trata, sin embargo, de un espacio abierto pues no tiene paredes, por lo que desde su interior se puede observar el paisaje que lo rodea (Ver Figura 14).



**Figura 14 - Dos perspectivas de la “habitación de EMMA”**

En esta habitación podemos encontrar distintos elementos o herramientas:

- una base de datos,
- peanas,
- un inventario,
- el Libro de la Vida y
- el Procesador Emocional.

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

La base de datos se presenta como una gran pantalla móvil que se desplaza por el espacio interior de la estructura arquitectónica de EMMA siguiendo los movimientos del usuario (este movimiento puede ser suspendido si así se desea haciendo *click* sobre el marco de la pantalla). Esta base contiene diferentes elementos que la persona puede manipular y que se utilizan para llevar a cabo la terapia (objetos diseñados en 3D, fotografías, música y sonidos, colores y lemas o proverbios). Antes de iniciar las sesiones de terapia con EMMA al paciente se le muestran todos los elementos y las posibilidades del sistema para que los conozca y pueda, posteriormente, elegir aquellos que mejor le puedan ayudar a representar el acontecimiento estresante que vivió. Los elementos de la base de EMMA permiten que el paciente se exponga a los objetos o situaciones que evita en su vida real y pueda trabajar en el cambio de significado y el aprendizaje a partir de la experiencia.

A continuación se presentan algunas imágenes de los diferentes elementos que contiene la base de datos:

-Objetos diseñados en 3D. Entre estos se encuentran: caras pertenecientes a diferentes tipos de personas (un niño, una anciana, un hombre y una mujer); medios de transporte (un coche, un avión, un carro...); utensilios de defensa y opresión (una espada, una cadena con un peso, una jaula...); objetos cotidianos (unas gafas, un despertador, un espejo...); y otro tipo de objetos (un antifaz, un cráneo, un cruce de caminos...) (Ver Figura 15).



**Figura 15 - Objetos diseñados en 3D de la base de datos de EMMA**

-Fotografías, seleccionadas de la base de datos del IAPS (Lang, Bradley y Cuthbert, 2005). Estas fotografías también pueden utilizarse para representar el acontecimiento y elicitación de emociones. Entre estas puede verse: una serpiente, unos payasos, un ala delta, etc. (Ver Figura 16).



**Figura 16 - Fotografías del IAPS de la base de datos de EMMA**

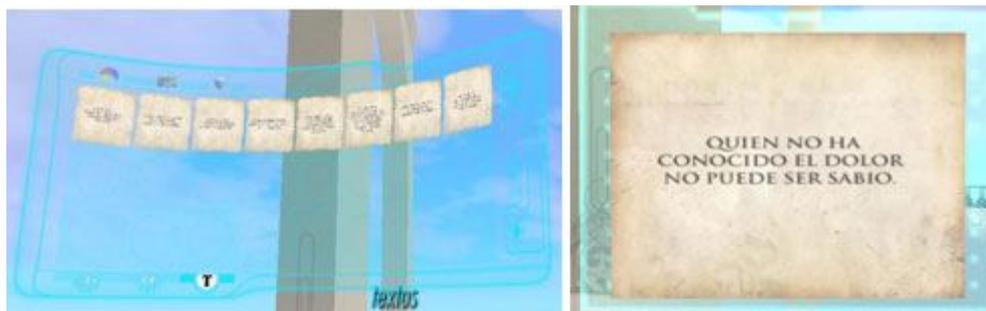
-Música y sonidos. En cuanto a la música existen cuatro tipos de categorías predefinidas escogidas para elicitación de: alegría, tristeza, ansiedad y relax. Aunque siempre debe comprobarse la emoción particular que despierta en cada paciente y que estará condicionada por su historia y su sensibilidad. Por su parte, los sonidos representan diferentes hechos o situaciones de la vida real: agua hirviendo, una sirena, un disparo, un grito, etc. (Ver Figura 17)



**Figura 17 - Músicas y sonidos de la base de datos de EMMA**

-Colores. Existen cuatro colores básicos: el rojo, el amarillo, el verde y el azul que permiten “colorear” emocionalmente los diferentes objetos del Mundo de EMMA.

-Lemas o proverbios. Estos textos presentan citas, proverbios y frases de sabiduría popular que pretenden ayudar al paciente a sintetizar o esquematizar lo que ha aprendido en las diferentes sesiones de terapia. (Ver Figura 18)



**Figura 18 - Lemas de la base de datos de EMMA (listado de lemas que se pueden escoger y ejemplo de uno de éstos)**

El sistema permite, además, introducir en esta base de datos elementos aportados por el propio paciente, como fotografías o música. El conjunto de 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 con la introducción, por parte del terapeuta, de analogías, metáforas y preguntas socráticas.

### ***Las peanas***

Otro elemento que encontramos en la “habitación de EMMA” son las *peanas* (Ver Figura 19). Las 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 (p.ej., puede colocar una calavera que se vuelva de color rojo cuando se acerque y que se acompañe de una música que le genere miedo). Las peanas se encuentran “enterradas” en el suelo hasta que la persona se sitúa cerca de ellas. Entonces se “activan” o levantan y se mantienen en esta posición mientras soportan algún elemento.

Una zona especial que contiene tres peanas la constituye el *balcón de descarga emocional*. Esta zona se sitúa en una especie de mirador que ofrece una amplia visión del paisaje circundante. Las peanas que existen en este balcón permiten modular mediante el tono de voz y un micrófono dos aspectos de los objetos que hay situados sobre ellas: el tamaño y el grado de transparencia. El terapeuta programa la contingencia entre la variación de la cualidad del objeto y el tono de voz que utilice el paciente. Por ejemplo, el paciente puede comenzar a hablar sobre un acontecimiento concreto, una persona o un estímulo que le producen ganas de gritar, pero sintiendo que nunca ha podido hacerlo realmente. Entonces se programa, por ejemplo, que a medida que su tono de voz aumente, el símbolo elegido se vaya haciendo cada vez más pequeño o que se vuelva cada vez más transparente. Al principio puede programarse que pequeñas variaciones tengan grandes efectos sobre el objeto, con la intención de estimular al paciente. Esta contingencia ofrece una representación visual de los efectos que puede tener el hecho de expresar una emoción y ayuda al paciente a sentir que tiene derecho para llevarla a cabo. El objetivo es que aprenda que puede realizar descargas emocionales y que se dé el permiso para expresarse.



Figura 19 - Peanas de la base de datos de EMMA (balcón de descarga y peana con objeto)

### *El inventario*

Un elemento relacionado tanto con la base de datos como con las peanas es el *inventario* (Ver Figura 20). El inventario es un pequeño visor situado en la parte superior derecha de la pantalla que sirve para transportar los elementos desde la base de datos hasta las peanas y, de allí, al libro de la vida donde pueden almacenarse. Para llevar a cabo esta acción la persona sitúa el puntero sobre el elemento de la base que desea seleccionar y “pincha” sobre él. Automáticamente, este elemento se coloca en el visor y se ilumina indicando que el elemento se encuentra activo y que puede ser transportado a una peana para trabajar con él o al libro para ser almacenado. El visor puede recoger hasta cuatro elementos de la base de datos y permite cambiar la selección moviendo el cursor y pinchando sobre el elemento que se desee transportar.



Figura 20 - Inventario

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

Una de las herramientas más importantes del Mundo de EMMA la constituye el *libro de la vida* (Ver Figura 21). En este libro el paciente va almacenando los elementos que va procesando/elaborando en terapia. El libro 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 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 21 - Libro de la vida (sin escribir y con elementos incorporados)**

### ***El procesador emocional***

El último elemento que encontramos en la “habitación de EMMA” es el *procesador emocional* (Ver Figura 22). Este elemento se encuentra normalmente oculto, al igual que las peanas, y se activa clicando sobre una tapadera que se encuentra en el suelo frente a la escalera que permite bajar a los paisajes. Cuando el procesador es activado, del suelo emerge un artefacto que hace las funciones de transformador ya que permite que la persona sitúe sobre él aquellos elementos relacionados con la experiencia dolorosa que han sufrido un cambio de significado. 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 22 - Procesador emocional**

### **7.2.2. Los entornos de EMMA**

El otro gran apartado, los **entornos de EMMA**, está constituido por 5 paisajes o escenarios predefinidos que el paciente puede escoger: un prado, un paisaje nevado, una playa, un bosque oscuro rodeado de zarzas y un desierto. Inicialmente, cada paisaje se diseñó con la intención de evocar una emoción. 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. Sin embargo, las características y experiencias personales pueden hacer que diferentes personas asocien diferentes emociones y significados a los diferentes paisajes por lo que el terapeuta siempre debe preguntar qué emociones suscita un determinado paisaje en cada uno de los pacientes y utilizar estos significados personales para trabajar en las sesiones. 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. Por otra parte, además de observar el paisaje desde la habitación de EMMA, el paciente también puede acceder a él bajando por una amplia escalera y desplazarse por el ambiente utilizando el mando inalámbrico.

Las características principales de los diferentes paisajes se muestran a continuación.

### ***El prado***

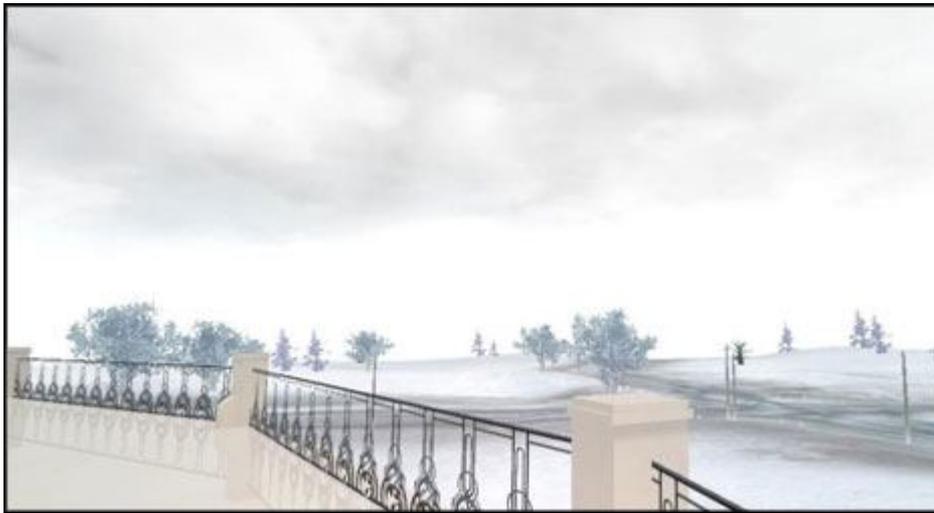
El prado está compuesto por una superficie de hierba verde sobre la que existen flores, árboles frondosos, rocas y un vallado (Ver Figura 23). En él se puede escuchar el canto de pájaros, ver mariposas y oír el sonido de los propios pasos al andar. Existe, además, un montículo vallado (mirador) desde donde la persona puede contemplar el valle que le rodea. Este bosque fue concebido para elicitación de la emoción de la alegría, pero como hemos dicho, se necesita explorar la vivencia personal de cada paciente pues a algunos les puede generar tranquilidad, traer malos recuerdos, etc. Por otra parte, como se explicará más adelante, los paisajes pueden modificar sus condiciones de manera que también el significado y las emociones que susciten variarán. Por ejemplo, se puede hacer que anochezca, que llueva, que haya una tormenta o un terremoto, etc.



**Figura 23 - Entorno del prado**

### ***El paisaje nevado***

El paisaje nevado consiste en un lugar cubierto de nieve en el que, además, hay árboles y rocas. En este paisaje reina el silencio y existe un camino en el que hay una parada de autobús hecha de madera que permite cobijarse de la nieve (Ver Figura 24). Inicialmente, el paisaje nevado fue diseñado para evocar la emoción de la tristeza.



**Figura 24 - Entorno del paisaje nevado**

### ***La playa***

La playa está compuesta por una zona de arena y la zona correspondiente al mar. En este paisaje se puede observar unas palmeras tropicales, se puede ver como las olas rompen en la orilla y como un velero se desplaza lentamente por el mar. También existe una zona de descanso donde están dispuestas dos hamacas, una sombrilla y una mesita sobre la que hay un farolillo y un libro. El ambiente sonoro está compuesto por los graznidos ocasionales de las gaviotas, el sonido de las olas y las pisadas sobre la arena al avanzar (Ver Figura 25). La emoción asociada inicialmente a la playa fue la tranquilidad o el relax.



**Figura 25 - Entorno de la playa**

### ***El bosque oscuro***

Este bosque oscuro y denso está rodeado enteramente por un zarzal que, si el terapeuta lo programa, puede avanzar y cernirse sobre le paciente cubriendo el suelo y las columnas. También puede observarse en él el paso de una sombra entre las ramas del bosque, lo que persigue constituir un elemento amenazante y oculto. En su conjunto, el bosque oscuro se diseñó para provocar y aumentar las emociones de miedo y ansiedad creando una atmósfera agobiante junto a una sensación de desbordamiento (Ver Figura 26).



**Figura 26 - Entorno del zarzal**

## *El desierto*

El desierto lo constituye una extensión árida cubierta de arena y rocas rojizas por las que puede avanzar la persona escuchando sus pasos. El paisaje contiene también un precipicio al que la persona puede aproximarse y un sonido de fondo agitado (Ver Figura 27). El conjunto se diseñó pensando en un ambiente que reflejase la emoción de la ira.



Figura 27 - Entorno del desierto

### **7.2.3. Posibilidades de interacción y modificación del ambiente virtual**

Como se ha comentado, en todos los paisajes pueden realizarse cambios que se llevan a cabo mediante la interfaz del usuario. Los objetivos de los cambios son promover la inducción de una emociones, reflejar los cambios en el afecto que puede experimentar el paciente a lo largo de la sesión y ayudarle en el trabajo de toma de conciencia y regulación. Llevar a cabo estos cambios en conjunción con la experiencia que está teniendo el paciente pretende tener el efecto de transmitirle que tanto el terapeuta como el sistema le están escuchando, entendiendo y comprendiendo favoreciendo la alianza terapéutica y la percepción de empatía. Los cambios que pueden realizarse

afectan, por un lado, a las condiciones del ambiente y, por otro, a la representación del tiempo. Estos cambios pueden representarse con diferentes grados de intensidad. En la Figura 28 pueden observarse dos variaciones de un mismo entorno (la playa de noche y con una fuerte tormenta eléctrica y la playa de día con tiempo tranquilo y algunas nubes).

En concreto, los cambios que el sistema permite llevar a cabo sobre las condiciones del ambiente son los siguientes:

- Viento, que se refleja mediante el movimiento más o menos rápido de las nubes en el cielo.
- Lluvia, que puede ir desde una fina llovizna hasta un gran aguacero.
- Tormenta, en la que aparecen truenos y relámpagos.
- Terremoto, que puede consistir en una simple sacudida del ambiente o puede provocar grandes movimientos violentos muy seguidos.
- Niebla, que se refleja en un enturbiamiento más o menos opaco de la visibilidad.
- Nieve que puede caer de forma más o menos densa.
- Arco iris que puede aparecer en el cielo y cuyos colores pueden variarse en intensidad.
- Zarzas, que sólo aparecen en el escenario del bosque oscuro y que pueden extenderse ocupando un espacio mayor o menor del templo.

Por su parte, los cambios que afectan a la representación del tiempo se refieren a:

- La hora del día, que puede representar cualquier momento del día o de la noche. Esto se consigue mediante cambios en la luz y los colores del entorno y pueden utilizarse para dar un determinado significado a una experiencia como por ejemplo, “no veo hacia donde tengo que ir, es como si todo se hubiera oscurecido a mi alrededor” o “siento que estoy aceptando lo ocurrido y amanece un nuevo día”.
- La velocidad del tiempo. Se puede crear la sensación de que el tiempo pasa más o menos deprisa, variando la velocidad en que se suceden el día y la noche. Este recurso puede servir para reflejar cómo se siente el usuario mientras atraviesa toda la situación problemática.



**Figura 28 - Variaciones del entorno de la playa (playa de noche con tormenta y playa de día)**

En conjunto, todos los elementos y posibilidades descritos anteriormente están diseñados con el propósito de reflejar el estado de ánimo del paciente de la forma más ajustada posible con la finalidad de ayudarlo a realizar el proceso de experimentar, aceptar y manejar las emociones y las experiencias que vivió y que fueron causa de malestar. 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.

## **8. APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO EN LAS DOS MODALIDADES: LA CONDICIÓN DEL MUNDO EMMA Y LA CONDICIÓN TRADICIONAL**

En la presente investigación se han utilizado dos condiciones experimentales de tratamiento que, como se ha comentado anteriormente, se basan en el protocolo desarrollado por Botella, Baños y Guillén (2008) para el tratamiento de los TA. La diferencia fundamental entre las mismas consiste en el modo de aplicar y llevar a cabo el componente de aceptación y elaboración del acontecimiento estresante. El protocolo que hemos denominado “tratamiento con EMMA” utiliza la RV como herramienta para conseguir dicha elaboración y, también, como escenario en el que aplicar el resto de estrategias terapéuticas utilizadas. Por su parte, el protocolo denominado “tratamiento tradicional” se lleva a cabo en un contexto clínico en el que terapeuta y paciente se sientan cara a cara en una sala de consulta tradicional y la elaboración del acontecimiento estresante se lleva a cabo mediante la narración por parte del paciente de los hechos vividos. En ambos casos los participantes practican las diferentes estrategias de tratamiento que el terapeuta les va enseñando. Por lo demás, los componentes de tratamiento y su distribución a lo largo de las sesiones es básicamente la misma. Por ello, a continuación se expondrá de forma conjunta las diferentes tareas llevadas a cabo en cada una de las sesiones señalando, cuando existan, las diferencias en relación a su aplicación en función de cada modalidad de tratamiento.

### ***8.1. AGENDA DE LAS SESIONES DE TRATAMIENTO***

#### Agenda de la 1ª Sesión:

Esta sesión se llevaba a cabo en una sala de tratamiento convencional en ambas condiciones de tratamiento.

1. La primera tarea que realizaba el paciente, en esta sesión y en las siguientes sesiones, era la evaluación de cada uno de los objetivos de terapia

que se establecieron en su caso a través de la Escala de Miedo, Evitación y Creencia de Mark y Mathews (1979).

2. A continuación, el terapeuta presentaba la base lógica del programa de tratamiento señalando las estrategias de intervención que se iban a utilizar y explicando que el objetivo iba a ser superar la experiencia vivida y, a través de ella, aprender a afrontar las dificultades y los cambios vitales.

a. En el caso de la condición EMMA se le explicaba al paciente que el tratamiento se llevaría a cabo con la ayuda de la RV y que la RV consistía en un ambiente que le ayudaría a expresar y reflejar las emociones y los pensamientos asociados a la situación que había vivido para así poder elaborarla y superarla.

3. Después, se le ofrecía la psicoeducación relacionada con el impacto y las respuestas negativas habituales que pueden aparecer tras la vivencia de un acontecimiento estresante y se le explicaba la primera parte del Modelo Cognitivo de los TA.

4. Por último, se le indicaba en qué consistía y cómo podía ir elaborando un primer borrador del índice del Libro de la Vida.

#### Agenda de la 2ª Sesión:

1. Al igual que en la sesión anterior, la primera tarea que llevaba a cabo el paciente era evaluar los objetivos de terapia establecidos para su caso.

2. A continuación, se introducían las enseñanzas sobre "*La utilidad de los problemas*" del filósofo Karl Popper (1995).

3. Se pasaba después a explicar la Base Lógica del *Libro de la Vida* y se revisaba el índice que el paciente había propuesto para su propio libro.

a. En el caso de la condición EMMA se le presentaba el sistema y sus posibilidades. Se le enseñaba a navegar e interactuar con los ambientes y los objetos. Y se le ofrecían ejemplos de cómo el sistema podía modificarse para reflejar lo que él estuviese sintiendo.

4. Si se consideraba necesario, se entrenaba al paciente en alguna de las *técnicas paliativas* que contemplaba el programa con el objetivo de ayudarle a paliar los síntomas de ansiedad o estado de ánimo depresivo.

5. Se iniciaba el primer paso del trabajo sobre la “*Creación de un nuevo significado del acontecimiento*”.

a. En el caso de la condición EMMA a los pacientes se les pedía que escogieran uno o varios símbolos que representaran el acontecimiento vivido y que lo explicaran.

b. En la condición tradicional el significado que el acontecimiento tenía para el paciente se describía únicamente a través del lenguaje mediante la narración de los hechos y los sentimientos.

6. Seguidamente, se pasaba al trabajo de elaboración y asimilación del acontecimiento estresante abordando el primer capítulo del Libro de la vida. A los pacientes se les pedía que relataran sus recuerdos con el mayor detalle e implicación emocional posible.

a. En el caso de la condición de EMMA se le pedía que escogiera los símbolos que representasen el primer capítulo del libro de la vida y, después, se empezaba a trabajar el relato con ellos. Si el trabajo concluía se guardaban en el libro, sino se continuaba con ellos en la siguiente sesión.

b. En el caso de la condición tradicional el trabajo se basaba únicamente en el relato oral de los acontecimientos y sentimientos relacionados con este primer capítulo y se le indicaba al paciente que podía ir escribiendo lo que le sucedía en el libro de la vida.

7. Finalmente, se le entregaba la grabación del trabajo de elaboración y asimilación para que lo escuchara en casa.

#### Agenda de la 3ª Sesión:

1. En primer lugar, se llevaba a cabo la evaluación de los objetivos de terapia.

2. Se continuaba con el trabajo sobre la “*Creación de un nuevo significado del acontecimiento*”. Se hacía hincapié en la necesidad de recuperar y afrontar los recuerdos, pensamiento y emociones.

a. En la condición de EMMA se introducía la utilización de las metáforas, además de los símbolos, para llevar a cabo esta tarea.

b. En la condición tradicional esta tarea se llevaba a cabo únicamente con el lenguaje a través de la narración de los hechos.

3. Seguidamente, se presentaba la lógica de la técnica de exposición y de las técnicas de aceptación como estrategias complementarias en el trabajo de elaboración de un nuevo significado y asimilación del acontecimiento estresante.

4. Después, se continuaba con el trabajo de elaboración y asimilación del acontecimiento intentando que el paciente pusiera en práctica y experimentase las estrategias presentadas a nivel teórico mientras se continuaba siguiendo el orden de los capítulos del libro de la vida.

5. Finalmente, se le entregaba al paciente la grabación del trabajo de elaboración y asimilación con la instrucción de que lo escuchase en casa.

#### Agenda de la 4ª Sesión:

1. La sesión se iniciaba con la ya conocida evaluación de los objetivos de terapia

2. Se pasaba después a profundizar en la búsqueda de otros posibles significados (positivos) ante el hecho de tener problemas. Para ello se analizaba el papel crucial que ha tenido y tiene la “resolución de problemas”, tanto en nuestra evolución como especie (el ser humano) como en nuestras vidas como individuos concretos.

3. El siguiente paso consistía en la introducción del concepto de “Mis mejores virtudes” y se iniciaba el análisis sobre las virtudes con las que el paciente ya contaba (y que podía potenciar) y sobre cuáles consideraba que podría serle útil desarrollar en su vida.

4. El trabajo anterior se complementaba con la explicación de la lógica de los ejercicios sobre “La búsqueda de aspectos positivos del acontecimiento estresante” y la instrucción de que el paciente los cumplimentara como tareas para casa.

5. Se continuaba entonces con el trabajo de elaboración y asimilación del acontecimiento estresante siguiendo el orden de los capítulos del libro de la vida procurando que el paciente continuara poniendo en práctica las estrategias aprendidas en las sesiones previas.

6. Se terminaba entregando la grabación del trabajo de elaboración y asimilación llevado a cabo en la sesión.

#### Agenda de la 5ª Sesión:

1. De nuevo, el paso inicial de evaluar los objetivos de terapia.
2. Seguidamente se llevaba a cabo la revisión de los ejercicios entregados en la sesión anterior: “la búsqueda de aspectos positivos del acontecimiento estresante”
3. Se le explicaban entonces los ejercicios de la “La huella vital y el progreso” y la “Carta de proyección hacia el futuro” con la instrucción de que los cumplimentara también como tareas para casa.
4. A continuación se presentaba el Modelo Cognitivo de los Trastornos Adaptativos (II) intentando relacionarlo con los progresos y cambios del paciente y remarcando cómo el cambio (positivo) en el acercamiento y la vivencia de los problemas generaba incrementos progresivos en el crecimiento personal y la autoeficacia.
5. Seguidamente se retomaba el trabajo de elaboración y asimilación del acontecimiento siguiendo el libro de la vida.
6. Como en las sesiones anteriores se terminaba entregando la grabación del trabajo de elaboración y asimilación del acontecimiento.

#### Agenda de la 6ª Sesión:

1. El primer paso, la evaluación de los objetivos de terapia
2. A continuación, se revisaban los ejercicios relacionados con “La huella vital y el progreso” y de la “Carta de proyección hacia el futuro” destacando los cambios y el progreso que el paciente pudiera haber manifestado.
3. Se le ofrecía entonces al paciente un listado de “Heurísticos” con la instrucción de leerlos y escoger aquellos que pudieran ayudarle a recordar y continuar con el aprendizaje y los progresos que se habían iniciado en la terapia.
4. Si la evolución del caso lo permitía, se llevaba a cabo la finalización y el cierre del trabajo de elaboración y asimilación del acontecimiento con el último capítulo del libro de la vida. Si no, se trataba con el paciente la posibilidad de hacer hasta dos sesiones adicionales con el objetivo de darle un poco más de tiempo para poder cerrar en mejores condiciones su proceso.
5. Si se podía finalizar la terapia en esta sesión, el trabajo anterior se enlazaba con el de la “Creación de un nuevo significado del acontecimiento”.

- a. En el caso de la condición EMMA a los pacientes se les pedía que volvieran a escoger uno o varios símbolos que representaran la experiencia vivida pero tal como la percibían en ese momento, después de todo el trabajo llevado a cabo en la terapia. Para ello podían utilizar el/los mismos símbolos que en la primera sesión (pero con un significado distinto) u otro/s diferentes. El objetivo es que el acontecimiento hubiera adquirido un significado nuevo, más realista y positivo.
  - b. En el caso de la condición tradicional se les pedía que describieran con palabras el significado que ahora tenía para ellos la experiencia vivida.
6. El trabajo con el significado y la elaboración de la experiencia se terminaba con la introducción del componente de “Abrir el futuro”. En este punto lo que se hacía era el repaso y la valoración de los progresos y aprendizajes llevados a cabo por el paciente siguiendo el libro de la vida e insistiendo en la importancia de afrontar el futuro desde la curiosidad y la perspectiva de descubrir nuevas posibilidades.
  7. El paso final de la terapia lo constituía la Prevención de recaídas. Se resumía y valoraba el progreso llevado a cabo por el paciente y se hipotetizaba acerca de posibles dificultades futuras y sobre cómo afrontarlas.
  8. Antes de despedirse, se le entregaba la grabación de esta última sesión y se establecía la cita para la evaluación post-tratamiento.

En la Tabla 6 se presenta un resumen de la agenda de las sesiones incluidas en las dos condiciones de aplicación del tratamiento.

**Tabla 6: Resumen de la agenda de las sesiones del protocolo de tratamiento de los TA**

Sesión	CONDICIÓN EMMA	CONDICIÓN TRADICIONAL
1	-Base lógica del tratamiento -Psidoeducación -Modelo cognitivo TA (I)	-Base lógica del tratamiento -Psidoeducación -Modelo cognitivo TA (I)
2	-Libro de la Vida -La utilidad de los problemas (Popper) -Técnicas paliativas (opcional) -Análisis del significado inicial del acontecimiento -Reconstrucción y elaboración del significado en EMMA	Libro de la Vida -La utilidad de los problemas (Popper) -Técnicas paliativas (opcional) -Análisis del significado inicial del acontecimiento -Reconstrucción y elaboración del significado con narrativa
3	-Creación de un nuevo significado -Estrategias de exposición y aceptación -Reconstrucción y elaboración del significado en EMMA	-Creación de un nuevo significado -Estrategias de exposición y aceptación -Reconstrucción y elaboración del significado con narrativa.
4	-Análisis de la importancia de la resolución de problemas -Mis mejores virtudes -Búsqueda de aspectos positivos -Reconstrucción y elaboración del significado en EMMA	-Análisis de la importancia de la resolución de problemas -Mis mejores virtudes -Búsqueda de aspectos positivos -Reconstrucción y elaboración del significado en narrativa
5	-Ejercicios de la huella vital y la carta de proyección al futuro -Modelo cognitivo TA (2) -Reconstrucción y elaboración del significado en EMMA	-Ejercicios de la huella vital y la carta de proyección al futuro -Modelo cognitivo TA (2) -Reconstrucción y elaboración del significado en narrativa.
6 (7-8)	-Heurísticos -Fin de la reconstrucción y elaboración del significado en EMMA -Creación de un nuevo significado -Abrir el futuro -Prevención de recaídas	-Heurísticos -Fin de la reconstrucción y elaboración del significado en narrativa -Creación de un nuevo significado -Abrir el futuro -Prevención de recaídas



## **9. RESULTADOS**

Con la finalidad de estructurar y clarificar la exposición de los resultados obtenidos en el presente trabajo las variables analizadas han sido agrupadas en 5 categorías:

- Variables demográficas y de diagnóstico
- Variables clínicas de interferencia y gravedad
- Objetivos terapéuticos
- Otras variables clínicas relevantes.
- Medidas de valoración de los tratamientos

En cuanto al orden de presentación, en primer lugar se analizarán los resultados de los análisis llevados a cabo antes de la intervención con el objetivo de determinar si existían diferencias significativas en las variables clínicas entre los 3 grupos experimentales. En segundo lugar, se mostrarán los datos acerca de la eficacia diferencial de los tratamientos comparando las 3 condiciones experimentales (tradicional, EMMA y control lista de espera) en el pre-tratamiento y el post-tratamiento. Seguidamente, se presentarán los datos que comparan los dos grupos de tratamiento en los diferentes momentos de evaluación: pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimientos. A continuación, se expondrán los diferentes índices del cambio clínicamente significativo tenido en cuenta en el estudio. Y, finalmente, se ofrecerán los resultados relativos a la valoración de los tratamientos llevados a cabo tanto por los participantes como por los terapeutas.

## 9.1. DIFERENCIAS ENTRE LAS 3 CONDICIONES EXPERIMENTALES ANTES DEL TRATAMIENTO.

### 9.1.1. Variables demográficas y de diagnóstico

En la Tabla 7 se pueden observar los estadísticos descriptivos de las variables demográficas tanto de la muestra total como en función de cada uno de los grupos o condiciones de tratamiento. Respecto a los análisis llevados a cabo, el sexo, el estado civil y el nivel de estudios se analizaron mediante pruebas  $\chi^2$  (Ji-cuadrado); mientras que para la variable edad se utilizó un ANOVA de un factor. Los resultados indicaron que en ninguna de estas variables existían diferencias significativas entre los grupos experimentales antes del tratamiento: sexo ( $\chi^2 = 0.858$ , g. l. = 2;  $p = 0.651$ ); estado civil ( $\chi^2 = 4.910$ ; g. l. = 4;  $p = 0.325$ ); nivel de estudios ( $\chi^2 = 2.67$ ; g. l. = 2;  $p = 0.263$ ); y edad ( $F_{(2,43)} = 1.825$ ,  $p = 0.173$ ).

**Tabla 7 -Descriptivos de las variables demográficas de los tres grupos experimentales en el pre-tratamiento**

VD	Tradicional	EMMA	Control	Total
<b>Sexo</b>				
Varones	5 33.3%	4 26.7%	3 18.8%	12 26.1%
Mujeres	10 66.7%	11 73.3%	13 81.3%	34 73.9%
<b>Estado civil</b>				
Soltero	9 60%	5 33.3%	7 43.8%	21 45.7%
Casado/convive	6 40%	6 40%	6 37.5%	18 39.1%
Viudo/Separad/Divorciado	0	4 26.7%	3 18.8%	7 15.2%
<b>Nivel estudios</b>				
Primarios/secundarios	3 20.0%	2 13.3%	6 37.5%	11 23.9%
Universitarios	12 80%	13 86.7%	10 62.5%	35 76.1%
<b>Edad</b>				
N	15	15	16	46
Rango	18-39	21-49	21-50	18-50
M	29.93	34.60	35.19	33.28
DT	7.54	8.58	8.74	8.47

Nota. VD = Variable dependiente

Por lo que se refiere al subtipo de TA (ver Figura 8), la mayoría de los participantes (78.3%) fueron diagnosticados de TA mixto con ansiedad y depresión, seguidos por el TA con estado de ánimo depresivo (15.2%), el TA con ansiedad (4.3%) y el TA con alteración mixta de las emociones y el comportamiento (2.2%). No hubo casos diagnosticados de TA con trastorno del comportamiento ni tampoco de TA no especificado. Los casos crónicos representaban el 78.3% del total de la muestra y no existieron diferencias en su distribución en los diferentes grupos experimentales ( $\chi^2 = 0.325$ ; g. l. = 2;  $p = 0.850$ )

**Tabla 8 - Número y porcentaje de casos de la muestra correspondientes a cada uno de los subtipos diagnósticos de TA**

SUBTIPOS DIAGNÓSTICOS	Tradicional	EMMA	Control	Total
TA con estado animo depresivo	3 20.0%	2 13.3%	2 12.5%	7 15.2%
TA con ansiedad	1 6.7%	0	1 6.3%	2 4.3%
TA mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo	11 73.3%	13 86.7%	12 75.0%	36 78.3%
TA con trastorno del comportamiento	0	0	0	0
TA con alteración mixta de emociones y comportamiento	0	0	1 6.3%	1 2.2%
TA no especificado	0	0	0	0

### 9.1.2. Variables clínicas de interferencia y gravedad

Las variables recogidas bajo este epígrafe reflejan la interferencia y la gravedad que el problema o acontecimiento estresante tenía en la vida de los participantes. Entre ellas se han recogido 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 otros trastornos del Eje I; la presencia de puntuaciones subclínicas en relación a 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 que vivió o continuaba viviendo; el número de síntomas provocados por el problema y experimentados con un nivel de intensidad/gravedad elevados; el nivel de malestar que el problema le generaba a la persona; 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. Las medias y las desviaciones típicas obtenidas por los participantes en estas variables se presentan en las Tabla 9.

El análisis de las variables *consumo de fármacos* y *presentación subclínica de trastornos de personalidad en el Eje II* se llevó a cabo mediante pruebas  $\chi^2$ . No se encontraron diferencias significativas en ninguna de ellas: consumo de fármacos ( $\chi^2 = 3.068$ ; g. l. = 2;  $p = 0.216$ ); comorbilidad con el Eje II ( $\chi^2 = 0.293$ ; g. l. = 2;  $p = 0.864$ ). En el caso de *la comorbilidad con el Eje I* no hubo ningún participante que, además del TA, presentara otro trastorno mental activo en el momento de la evaluación en este eje.

Por su parte, el análisis de las variables *duración del problema* (medido en meses), *número de síntomas* (cómputo de síntomas valorados con una puntuación de gravedad de 5 o más en una escala que oscila entre 0 = Nada grave y 8 = Muy grave), *malestar e interferencia global evaluados por el paciente* y *gravedad e interferencia global evaluadas por el terapeuta* (ambos evaluados con la escala de 0 a 8), se realizó mediante ANOVAs de un factor.

De nuevo, como se puede observar en la Tabla 9, no se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos experimentales.

**Tabla 9 - Variables clínicas de interferencia y gravedad analizadas utilizando ANOVA de los tres grupos experimentales en el pre-tratamiento**

VD	Condic	M	DT	F	p
Dur probl	Trad	61.33	66.10	0.59	0.557
	EMMA	41.40	51.78		
	Control	44.56	42.23		
	Total	49.00	53.52		
Nº Sínt	Trad	12.47	4.29	0.24	0.787
	EMMA	13.20	5.21		
	Control	13.75	5.80		
	Total	13.15	5.07		
Mal pac	Trad	5.73	1.39	0.12	0.891
	EMMA	5.87	0.83		
	Control	5.94	1.29		
	Total	5.85	1.17		
I GI pac	Trad	5.73	1.10	0.29	0.746
	EMMA	5.60	1.12		
	Control	5.94	1.44		
	Total	5.76	1.21		
I/Gr tp	Trad	5.47	1.13	2.04	0.102
	EMMA	5.60	0.63		
	Control	4.75	1.53		
	Total	5.26	1.20		

Nota. VD = Variable dependiente; Condic = Condición; Dur Probl = Duración del problema; Nº Sínt = número de síntomas; Mal pac = Malestar paciente; I GI pac = Interferencia Global paciente; I/Gr tp = Interferencia/Gravedad terapeuta.

Condición tradicional n=15; Condición EMMA n= 15; Grupo control n = 16.

### 9.1.3. Objetivos terapéuticos

Los objetivos terapéuticos relacionados de manera específica con el acontecimiento estresante que se plantearon fueron:

- El grado de evitación y de malestar que cada una de las dos conductas o situaciones principales relacionadas con el problema le causaban al participante;
- El grado de evitación y el nivel de malestar causados por los dos pensamientos o imágenes intrusivos principales;
- La intensidad de los dos principales sentimientos negativos que el participante experimentaba;
- Y el grado de creencia en los dos pensamientos irracionales más importantes que el participante presentaba.

En relación a los objetivos terapéuticos se intentó recoger, en la medida de lo posible, dos medidas por cada uno. La medida que mayor puntuación obtuvo antes del tratamiento se ha citado como: objetivo terapéutico 1; la segunda de las medidas se ha referenciado como objetivo terapéutico 2.

Por otro lado, también se incluyeron como objetivos terapéuticos cuatro medidas relacionadas con las emociones. Por un lado, se evaluaron tres emociones negativas (tristeza, rabia y ansiedad) y, por otro, tres emociones positivas (relax, alegría y esperanza). Los participantes debían valorar cuánto habían sentido cada una de estas emociones en dos situaciones diferentes:

- Una en relación al acontecimiento estresante que habían vivido. En este caso se les pedía que, en el momento de la evaluación, pensarán en el acontecimiento y puntuaran la intensidad con la que pensar en el mismo les hacía sentir cada una de las anteriores emociones.
- La otra en relación a cuánto habían experimentado cada una de estas emociones de manera general durante la semana previa a la evaluación (sin tener que ceñirse exclusivamente a la experiencia negativa).

Posteriormente, y con el objetivo de simplificar la exposición de los datos, se calcularon las medias para cada una de las medias obteniéndose, de

esta manera, cuatro puntuaciones finales: 1) la media de las emociones negativas relacionadas con el acontecimiento; 2) la media de las emociones positivas relacionadas con el acontecimiento; 3) la media de las emociones negativas experimentadas en general durante la semana; y 4) la media de las emociones positivas experimentadas en general durante la semana.

Los datos relacionados con cada uno de los objetivos terapéuticos específicos asociados al acontecimiento se recogen en la Tabla 10 y la Tabla 11. Dichas tablas muestran, por un lado, los estadísticos descriptivos y, por otro, los resultados de los ANOVAs de un factor. De nuevo, los resultados indicaron que en relación a estos objetivos tampoco existieron diferencias significativas antes de la aplicación del tratamiento entre los grupos experimentales.

**Tabla 10 - Medidas del primero de cada uno de los objetivos terapéuticos específicos establecidos en los tres grupos experimentales en el pre-tratamiento**

VD	Condic	M	DT	F	p
EC1	Trad	9.20	1.15	0.99	0.387
	EMMA	8.53	1.85		
	Control	8.50	1.55		
	Total	8.78	1.52		
MC1	Trad	9.13	0.92	1.62	0.209
	EMMA	8.53	1.19		
	Control	8.44	1.32		
	Total	8.70	1.17		
EP1	Trad	7.80	2.83	0.45	0.644
	EMMA	6.87	3.89		
	Control	7.88	3.05		
	Total	7.52	3.24		
MP1	Trad	8.40	1.64	0.59	0.561
	EMMA	7.93	2.69		
	Control	8.69	1.30		
	Total	8.46	1.88		
IS1	Trad	8.27	2.02	0.42	0.659
	EMMA	8.73	1.10		
	Control	8.63	1.09		
	Total	8.48	1.53		
C1	Trad	8.60	1.50	1.57	0.220
	EMMA	8.53	1.19		
	Control	7.50	2.73		
	Total	8.07	2.05		

Nota. VD = Variable dependiente; Condis = Condición; EC1 = Evitación Conducta 1; MC1 = Malestar Conducta 1; EP1 = Evitación Pensamiento 1; MP1 = Malestar Pensamiento 1; IS1 = Intensidad Sentimiento 1; C1 = Creencia 1.

Condición tradicional n=15; Condición EMMA n= 15; Grupo control n = 16.

**Tabla 11 - Medidas del segundo de cada uno de los objetivos terapéuticos específicos establecidos en los tres grupos experimentales en el pre-tratamiento**

VD	Condic	M	DT	F	p
EC2	Trad	8.43	2.07	0.05	0.953
	EMMA	8.21	2.12		
	Control	8.36	1.28		
	Total	8.29	1.83		
MC2	Trad	8.29	1.14	0.08	0.926
	EMMA	8.29	1.33		
	Control	8.07	2.30		
	Total	8.21	1.63		
EP2	Trad	7.21	2.91	0.64	0.534
	EMMA	8.33	1.61		
	Control	7.42	3.09		
	Total	7.63	2.61		
MP2	Trad	8.50	1.23	0.19	0.828
	EMMA	8.83	1.53		
	Control	8.58	1.51		
	Total	8.50	1.48		
IS2	Trad	8.00	1.69	0.24	0.785
	EMMA	8.20	1.15		
	Control	8.38	1.59		
	Total	8.20	1.47		
C2	Trad	8.43	1.74	1.51	0.234
	EMMA	7.62	1.45		
	Control	7.15	2.48		
	Total	7.85	1.89		

Nota. VD = Variable dependiente; Condiç = Condición; EC2 = Evitación Conducta 2; MC2 = Malestar Conducta 2; EP2 = Evitación Pensamiento 2; MP2 = Malestar Pensamiento 2; IS2 = Intensidad Sentimiento 2; C2 = Creencia 2.

Condición tradicional n=15; Condición EMMA n= 15; Grupo control n = 16.

En cuanto a los objetivos relacionados con las emociones, la Tabla 12 presenta los correspondientes estadísticos descriptivos y los resultados de los ANOVAs de un factor. De nuevo, no se observaron diferencias significativas en el pre-tratamiento para estas variables en los tres grupos experimentales.

**Tabla 12 - Puntuaciones correspondientes a las emociones positivas y negativas en los tres grupos experimentales en el pre-tratamiento**

VD	Condic	M	DT	F	p
E aconte -	Trad	6.31	2.30	0.02	0.983
	EMMA	6.38	2.07		
	Control	6.46	2.30		
	Total	6.38	2.18		
E aconte +	Trad	1.29	1.86	0.002	0.998
	EMMA	1.27	1.25		
	Control	1.25	1.44		
	Total	1.27	1.50		
E sema -	Trad	5.40	1.99	0.47	0.630
	EMMA	5.30	2.06		
	Control	4.69	2.33		
	Total	5.14	2.10		
E sema +	Trad	4.02	2.09	0.84	0.441
	EMMA	3.83	1.99		
	Control	4.74	1.83		
	Total	4.19	1.97		

Nota. VD = Variable dependiente; Condi = Condición; E aconte - = Emociones acontecimiento negativas; E aconte + = Emociones acontecimiento positivas; E sema - = Emociones semanales negativas; E sema + = Emociones semanales positivas.

Condición tradicional n=15; Condición EMMA n= 15; Grupo control n = 16.

#### 9.1.4. Otras variables clínicas relevantes.

El resto de las variables clínicas tenidas en cuenta en el estudio y recogidas mediante autoinformes fueron las siguientes:

- 1) Un cuestionario específico de TA: el Inventario de Duelo/ Pérdida;
- 2) Dos medidas de psicopatología general: el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS);
- 3) Dos medidas específicas de autovaloración: un cuestionario de autoeficacia elaborado para el presente estudio (Labpsitec, 2009) y el cuestionario de autoestima de Rosenberg (1965);
- 4) Una medida de crecimiento postraumático: el Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI).

Los estadísticos descriptivos y los resultados de los ANOVAs de un factor de estas variables clínicas se pueden observar en la Tabla 13. Los datos indicaron que no existían diferencias significativas entre los grupos para ninguna de estas variables antes del tratamiento, a excepción del PTGI ( $F_{(2,43)} =$

4.91,  $p = 0.012$ ). En relación a éste último, los análisis post-hoc (HSD Tukey) revelaron que el grupo control se diferenciaba significativamente de las otras dos condiciones experimentales (tradicional y EMMA), pero que los dos grupos de tratamiento no presentaban diferencias significativas entre sí.

**Tabla 13 - Otras variables clínicas de autoinforme de los tres grupos experimentales en el pre-tratamiento**

VD	Condic	M	DT	F	p
Du/Per	Trad	35.00	18.20	0.72	0.493
	EMMA	39.00	10.98		
	Control	32.29	15.53		
	Total	35.50	15.10		
BDI-II	Trad	22.13	11.19	0.05	0.952
	EMMA	22.00	9.57		
	Control	23.13	11.87		
	Total	22.43	10.71		
Panas+	Trad	24.53	7.76	0.32	0.727
	EMMA	22.87	6.79		
	Control	22.56	7.34		
	Total	23.30	7.20		
Panas-	Trad	24.60	7.54	0.12	0.889
	EMMA	25.13	6.16		
	Control	25.81	7.10		
	Total	25.20	6.82		
Autoef G	Trad	3.44	1.67	0.43	0.654
	EMMA	3.91	1.30		
	Control	4.09	1.76		
	Total	3.84	1.55		
Autoes	Trad	27.44	4.33	0.34	0.712
	EMMA	26.27	6.02		
	Control	28.00	4.24		
	Total	27.23	4.86		
PTGI	Trad	29.67	16.66	4.91	<b>0.012</b>
	EMMA	29.60	18.65		
	Control	49.00	23.62		
	Total	36.37	21.62		

Nota. VD = Variable dependiente; Condic = Condición; Du/Per = Duelo/ Pérdida; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck-II; Autoef G = Autoeficacia global; Autoes = Autoestima; PTGI = Inventario de Crecimiento Postraumático.

Condición tradicional n=15; Condición EMMA n= 15; Grupo control n = 16.

En resumen, los resultados de los análisis pre-tratamiento indican que los tres grupos experimentales que conformaron el estudio no se diferenciaban entre sí antes de la intervención, con la excepción señalada en relación a la variable del Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI) en el que el grupo control presentaba puntuaciones significativamente superiores a las de los dos grupos de tratamiento.

## **9.2. EFICACIA DIFERENCIAL ENTRE LAS 3 CONDICIONES EXPERIMENTALES: COMPARACIONES PRE-POST-TRATAMIENTO**

Con el fin de comparar la eficacia diferencial de las tres condiciones experimentales del estudio, se llevaron a cabo ANOVAs mixtos 3 (grupo) x 2 (momento), con el factor grupo entre-sujetos (Tradicional *versus* EMMA *versus* Control) y el factor momento de medidas repetidas (antes *versus* después del tratamiento) para las puntuaciones de cada uno de los instrumentos y medidas utilizadas.

En las tablas que se irán presentando a lo largo de este apartado se mostrarán, por un lado, los valores de las medias y las desviaciones típicas y por otro, los resultados obtenidos con los ANOVAs mixtos indicando los valores de la F, el grado de significación ( $p$ ) y el tamaño del efecto ( $d$  de Cohen) para el efecto grupo, para los efectos grupo, momento e interacción grupo x momento. Por lo que respecta al tamaño del efecto ( $d$  de Cohen), en este estudio nos referiremos a un tamaño del efecto grande cuando el valor obtenido sea cercano o superior a 0.80; medio cuando se sitúe alrededor 0.50; y pequeño cuando se encuentre próximo a 0.20 (Cohen, 1988). Finalmente, los resultados de los efectos de la interacción se complementarán con la descripción de las comparaciones por pares obtenidas mediante la aplicación de los efectos simples de la interacción.

### **9.2.1. Variables clínicas de interferencia y gravedad.**

Las variables de interferencia y gravedad analizadas en el pre y el post-tratamiento fueron: el número de síntomas, el malestar causado por el problema y evaluado por el participante, la interferencia global evaluada por el participante y la interferencia/gravedad evaluada por el terapeuta. Los valores de las medias y las desviaciones típicas correspondientes se presentan en la Tabla 14.

**Tabla 14 - Medias y desviaciones típicas de las variables clínicas de interferencia y gravedad de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento**

VD	Condic	PRE-TRAT		POST-TRAT	
		M	DT	M	DT
Nº Sínt	Trad	12.79	4.26	4.64	4.96
	EMMA	13.20	5.213	3.33	4.81
	Control	12.57	5.125	10.14	5.48
Mal pac	Trad	5.79	1.42	3.07	1.44
	EMMA	5.87	0.83	3.13	1.36
	Control	5.87	1.30	5.47	2.07
I GI pac	Trad	5.64	1.08	3.21	1.81
	EMMA	5.60	1.12	3.80	0.86
	Control	5.87	1.46	5.33	2.44
I/Gr tp	Trad	5.47	1.13	2.80	0.56
	EMMA	5.60	0.63	2.93	1.16
	Control	4.67	1.54	4.53	1.69

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

Condición tradicional n=14; Condición EMMA n= 15; Grupo control n = 14.

En cuanto a los resultados de los ANOVAs mixtos relacionados con las variables de interferencia y gravedad (ver Tabla 15) los datos revelaron un efecto grande y significativo del grupo únicamente en las variables del malestar y de la interferencia global valoradas por el paciente. Por su parte, y como se esperaba, tanto el efecto momento como el efecto interacción fueron significativos en todas las variables y ambos presentaron tamaños del efecto grandes. Las comparaciones llevadas a cabo mediante los efectos simples de la interacción revelaron que los dos grupos de tratamiento mejoraron significativamente más que el grupo control, mientras que no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento.

**Tabla 15 - Análisis de varianza de medidas repetidas de las variables clínicas de interferencia y gravedad de los tres grupos experimentales en el pre y el post-test**

VD	Efecto grupo			Efecto momento			Efecto interacción		
	F	p	d	F	p	d	F	p	d
Nº Sínt	2.612	0.086	0.72	51.55	<0.001	2.27	5.61	0.007	1.06
Mal pac	4.947	0.012	0.98	63.76	<0.001	2.50	10.19	<0.001	1.41
I GI pac	3.261	0.049	0.80	37.98	<0.001	1.93	4.67	0.015	0.96
I/Gr tp	0.739	0.484	0.38	148.01	<0.001	3.76	31.79	<0.001	2.46

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

## 9.2.2. Objetivos terapéuticos

En relación al primero de cada uno de los objetivos terapéuticos evaluados, la Tabla 16 muestra los valores de las medias y las desviaciones típicas correspondientes y la Tabla 17 ofrece los resultados obtenidos mediante la aplicación de los ANOVAs.

**Tabla 16 - Medias y desviaciones típicas de las variables del objetivo terapéutico número 1 de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento**

VD	Condic	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO	
		M	DT	M	DT
EC1	Trad	9.20	1.15	3.40	3.02
	EMMA	8.53	1.85	2.33	2.66
	Control	8.50	1.55	8.00	1.71
MC1	Trad	9.13	0.92	4.67	2.79
	EMMA	8.53	1.19	3.33	2.47
	Control	8.44	1.32	7.81	1.64
EP1	Trad	7.80	2.83	1.93	2.74
	EMMA	6.87	3.89	2.93	2.99
	Control	7.88	3.05	7.06	2.52
MP1	Trad	8.40	1.64	3.20	2.27
	EMMA	7.93	2.69	4.13	2.62
	Control	8.69	1.30	7.81	2.19
IS1	Trad	8.27	2.02	4.07	2.58
	EMMA	8.73	1.10	3.60	2.69
	Control	8.63	1.09	7.06	2.38
C1	Trad	8.60	1.50	2.67	2.38
	EMMA	8.53	1.19	3.80	3.39
	Control	7.50	2.73	7.00	2.00

Nota. VD = Variable dependiente; Condición = Condición; EC1 = Evitación Conducta 1; MC1 = Malestar Conducta 1; EP1 = Evitación Pensamiento 1; MP1 = Malestar Pensamiento 1; IS1 = Intensidad Sentimiento 1; C1 = Creencia 1. Condición tradicional n=15; Condición EMMA n= 15; Grupo control n = 16.

Por lo que respecta a los resultados ofrecidos por los ANOVAs en relación a los objetivos terapéuticos principales (ver Tabla 17) se observa que el efecto grupo fue significativo y alcanzó un tamaño grande en todos los casos con la excepción del grado de creencia en el pensamiento irracional 1, en el que dicho efecto no fue significativo alcanzando un tamaño medio. Por lo que respecta al efecto momento y al efecto interacción, de nuevo observamos que ambos fueron significativos y alcanzaron un tamaño del efecto grande en todos los objetivos terapéuticos medidos. Por su parte, las comparaciones por pares obtenidas mediante los efectos simples de la interacción revelaron que, de nuevo, en todas las variables correspondientes a los objetivos terapéuticos principales, los dos grupos de tratamiento mejoraron significativamente más

que el grupo control, mientras que no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento.

**Tabla 17 - Análisis de varianza de medidas repetidas de las variables clínicas del objetivo terapéutico 1 de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento**

VD	Efecto grupo			Efecto momento			Efecto interacción		
	F	p	d	F	p	d	F	p	d
EC1	13.57	<0.001	1.59	102.48	<0.001	3.08	20.35	<0.001	1.95
MC1	10.56	<0.001	1.40	83.09	<0.001	2.78	14.51	<0.001	1.64
EP1	5.21	0.009	0.98	58.17	<0.001	2.32	10.24	<0.001	1.38
MP1	9.72	<0.001	1.34	70.77	<0.001	2.57	10.79	<0.001	1.42
IS1	6.75	0.003	1.12	70.82	<0.001	2.57	6.26	0.004	1.08
C1	2.77	0.074	0.72	101.46	<0.001	3.07	20.28	<0.001	1.94

Nota. VD = Variable dependiente; EC1 = Evitación Conducta 1; MC1 = Malestar Conducta 1; EP1 = Evitación Pensamiento 1; MP1 = Malestar Pensamiento 1; IS1 = Intensidad Sentimiento 1; C1 = Creencia 1.

En cuanto a los resultados del objetivo terapéutico 2, los análisis evidenciaron el mismo patrón de cambio presentado en relación al objetivo terapéutico 1.

La Tabla 18 presenta, a continuación, las medias y las desviaciones típicas obtenidas por los participantes en las emociones negativas (tristeza, rabia y ansiedad) y las emociones positivas (relax, alegría y esperanza), tanto relacionadas de forma específica con el acontecimiento estresante, como medidas de forma general en relación a la semana. Por su parte, la Tabla 19 recoge los resultados obtenidos en los ANOVAs.

**Tabla 18 - Medias y desviaciones típicas de las emociones positivas y negativas de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento**

VD	Condic	PRE-TRAT		POST-TRAT	
		M	DT	M	DT
E aconte -	Trad	6.31	2.30	3.13	1.20
	EMMA	6.38	2.07	2.91	2.74
	Control	6.46	2.30	6.23	1.59
E aconte +	Trad	1.29	1.86	3.35	1.80
	EMMA	1.27	1.25	4.24	1.76
	Control	1.25	1.44	1.31	1.39
E sema -	Trad	5.40	1.99	3.14	1.20
	EMMA	5.30	2.06	3.19	1.84
	Control	4.69	2.33	5.29	1.79
E sema +	Trad	4.02	2.09	5.46	2.18
	EMMA	3.83	1.99	5.54	1.89
	Control	4.73	1.83	3.93	1.45

Nota. VD = Variable dependiente; Condición = Condición; E aconte - = Emociones acontecimiento negativas; E aconte + = Emociones acontecimiento positivas; E sema - = Emociones semanales negativas; E sema + = Emociones semanales positivas.

Condición tradicional n=15; Condición EMMA n= 15; Grupo control n = 16.

Los resultados obtenidos por los ANOVAs (ver Tabla 19) indican que el comportamiento de las emociones medidas en relación el acontecimiento fue ligeramente diferente al observado en las emociones medidas en general durante la semana anterior a cada una de las evaluaciones. Las *emociones relacionadas con el acontecimiento*, tanto las *negativas* como las *positivas*, obtuvieron valores estadísticamente significativos para los 3 efectos estudiados siendo el tamaño de dichos efectos grande en todos los casos. Por su parte, las *emociones medidas de forma general* no evidenciaron un efecto del grupo significativo, aunque sí lo fueron el efecto momento y el efecto interacción grupo x momento. El tamaño del efecto momento fue grande en el caso de las emociones negativas y medio en el de las positivas. Por su parte, el tamaño del efecto interacción fue grande en ambos casos. En relación a los resultados de las comparaciones por pares obtenidas mediante los efectos simples de la interacción se observó el mismo patrón encontrado en las variables medidas anteriormente: una mejoría significativa y similar en las puntuaciones de los dos grupos de tratamiento frente a las puntuaciones del grupo control.

**Tabla 19 - Análisis de varianza de medidas repetidas de las emociones positivas y negativas de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento**

VD	Efecto grupo			Efecto momento			Efecto interacción		
	F	p	d	F	p	d	F	p	d
E aconte -	4.893	<b>0.012</b>	0.95	41.78	<b>&lt;0.001</b>	1.97	8.69	<b>0.001</b>	1.27
E aconte +	6.925	<b>0.002</b>	1.14	26.43	<b>&lt;0.001</b>	1.57	6.88	<b>0.003</b>	1.13
E sema -	0.938	0.400	0.43	20.59	<b>&lt;0.001</b>	1.42	11.11	<b>&lt;0.001</b>	1.47
E sema +	0.284	0.755	0.24	5.36	<b>0.026</b>	0.73	5.51	<b>0.008</b>	1.04

Nota. VD = Variable dependiente; E aconte - = Emociones acontecimiento negativas; E aconte + = Emociones acontecimiento positivas; E sema - = Emociones Semanales negativas; E sema + = Emociones semanales positivas.

### 9.2.3. Otras variables clínicas relevantes.

En la Tabla 20 se presentan las medias y la desviaciones típicas de las variables clínicas recogidas mediante otras medidas de autoinforme en el pre y el post-tratamiento. Los resultados obtenidos mediante la aplicación de los ANOVAs se muestran en la Tabla 21, excepto para el caso del PTGI en el que se realizó un ANCOVA debido a las diferencias que se encontraron en esta variable en el pre-tratamiento.

**Tabla 20 - Medias y desviaciones típicas de otras variables clínicas de autoinforme de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento**

VD	Condic	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO	
		M	DT	M	DT
Du/Per	Trad <sup>b</sup>	35.00	18.20	17.67	7.09
	EMMA <sup>b</sup>	39.00	10.98	19.53	13.98
	Control <sup>c</sup>	32.29	15.53	30.00	13.88
BDI-II	Trad <sup>b</sup>	22.13	11.19	10.40	7.71
	EMMA <sup>b</sup>	22.00	9.57	11.87	6.77
	Control <sup>a</sup>	23.13	11.87	19.88	12.39
Panas+	Trad <sup>b</sup>	24.53	7.76	31.53	7.98
	EMM <sup>b</sup> A	22.87	6.79	31.87	8.13
	Control <sup>a</sup>	22.56	7.34	25.31	9.79
Panas-	Trad <sup>b</sup>	24.60	7.54	17.13	5.60
	EMMA <sup>b</sup>	25.13	6.16	18.60	6.45
	Control <sup>a</sup>	25.81	7.10	26.00	8.57
Autoef G	Trad <sup>e</sup>	3.44	1.67	5.11	1.76
	EMMA <sup>d</sup>	3.91	1.30	5.09	1.38
	Control <sup>d</sup>	4.09	1.76	4.18	1.99
Autoes	Trad <sup>e</sup>	27.44	4.33	32.33	1.87
	EMMA <sup>d</sup>	26.27	6.02	30.00	4.92
	Control <sup>d</sup>	28.00	4.24	28.73	5.88
PTGI	Trad <sup>b</sup>	29.67	16,66	63.67	18.88
	EMMA <sup>b</sup>	29.60	18,65	61.13	24.10
	Control <sup>a</sup>	49.00	23,62	51.75	29.73

Nota. VD = Variable dependiente; Condi = Condición; Du/Per = Duelo/ Pérdida; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck-II; Autoef G = Autoeficacia global; Autoes = Autoestima; PTGI = Inventario de Crecimiento Postraumático.

<sup>a</sup> n = 16; <sup>b</sup> n = 15; <sup>c</sup> n = 14; <sup>d</sup> n = 11; <sup>e</sup> n = 9.

En la Tabla 21 se presentan los resultados de los ANOVAs llevados a cabo para el resto de las variables clínicas tenidas en cuenta en el estudio (Pérdida/duelo; BDI-II, Panas +, y Panas -, autoeficacia y autoestima). Dichos análisis indicaron que la única variable en la que el efecto grupo se mostró significativo fue el Panas -; mientras que el efecto momento fue significativo y obtuvo un tamaño grande para todas ellas. En relación al efecto interacción observamos que no todas las variables se comportan igual. Este efecto fue significativo para la variable pérdida/duelo y para el afecto negativo; fue marginalmente significativo para el BDI-II; y no alcanzó la significación estadística para el afecto positivo, la autoeficacia y la autoestima. El análisis de la interacción indicó que, en las variables Pérdida/duelo y en el afecto negativo los dos grupo de tratamiento mejoraron de forma similar y significativamente más que el grupo control; sin embargo, en el caso del BDI-II, no se evidenciaron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento, mientras que el grupo control se diferenció significativamente del grupo tradicional pero no del grupo EMMA.

Por lo que respecta al *Inventario de Crecimiento Postraumático* (PTGI), el análisis de covarianza indicó que los grupos sí se diferenciaron significativamente entre sí en el post-tratamiento y que el tamaño del efecto grupo fue muy grande ( $F_{(2,42)} = 8.889$ ;  $p = 0.001$ ;  $d = 1.30$ ). El análisis post-hoc de Tukey reveló que los dos grupos de tratamiento evidenciaron un comportamiento equivalente, mientras que ambos se mostraron significativamente distintos al del grupo control.

**Tabla 21 - Análisis de varianza de otras variables clínicas relevantes de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento**

VD	Efecto grupo			Efecto momento			Efecto interacción		
	F	p	d	F	p	d	F	p	d
Du/Per	0.71	0.497	0.38	27.61	<0.001	1.64	4.65	<b>0.015</b>	0.95
BDI-II	1.63	0.208	0.55	31.17	<0.001	1.70	3.07	<b>0.057</b>	0.76
Panas+	1.69	0.195	0.56	22.33	<0.001	1.44	1.98	0.151	0.61
Panas-	3.45	<b>0.041</b>	0.80	14.62	<0.001	1.17	4.09	<b>0.024</b>	0.87
Autoef G	0.17	0.844	0.22	12.79	<b>0.001</b>	1.35	2.89	0.072	0.91
Autoes	0.46	0.639	0.36	17.63	<0.001	1.59	2.80	0.078	0.90

Nota. VD = Variable dependiente; Du/Per = Duelo/ Pérdida; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck-II; Autoef G = Autoeficacia global; Autoes = Autoestima; PTGI = Inventario de Crecimiento Postraumático.

Resumiendo, los datos obtenidos en las comparaciones pre-post indican que tras la aplicación del tratamiento las puntuaciones de todas las variables analizadas mejoraron en gran medida. Por su parte, ambos grupos de tratamiento manifestaron un comportamiento muy similar entre sí y, al mismo tiempo, se diferenciaron en gran medida del grupo control lista de espera (excepto en el Panas +, la autoeficacia y la autoestima).

### **9.3. EFICACIA DIFERENCIAL ENTRE LOS 2 GRUPOS DE TRATAMIENTO EN LOS DISTINTOS MOMENTOS DE EVALUACIÓN: PRE-TRATAMIENTO, POST-TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTOS**

Una vez analizados los resultados de las 3 condiciones experimentales, y evidenciada la superioridad de los grupos de tratamiento frente al grupo control, se pasará a mostrar la evolución producida en el tiempo de los participantes que recibieron la intervención. La comparación de la eficacia diferencial de ambos grupos se llevará a cabo mediante ANOVAs mixtos 2 (grupo) x 5 (momento), con el factor grupo entre-sujetos (Tradicional *versus* EMMA) y el factor momento de medidas repetidas (antes *versus* después *versus* seguimiento 1 *versus* seguimiento 3 *versus* seguimiento 6) para las puntuaciones de cada uno de los instrumentos y medidas utilizadas. El análisis de la evolución de las puntuaciones en el tiempo se complementará con la prueba post-hoc de ajuste para comparaciones múltiples de Bonferroni aplicada al efecto momento. Finalmente, se ofrecerá una representación gráfica de la evolución de cada una de las variables clínicas analizadas.

#### **9.3.1. Variables clínicas de interferencia y gravedad**

Al igual que se hizo en los análisis pre-post tratamiento, la valoración de la interferencia y la gravedad causadas por el acontecimiento estresante en la vida de los pacientes se analizó mediante las variables: número de síntomas, malestar e interferencia causados por el problema y evaluados por el participante, así como la interferencia global evaluada por el terapeuta. Las medias y las desviaciones típicas obtenidas para cada una de estas variables se muestran en la Tabla 22.

**Tabla 22: Medias y desviaciones típicas de las variables clínicas de interferencia y gravedad pre, post y seguimientos**

VD	Condic	PRE-TRAT		POST-TRAT		SEG1		SEG3		SEG6	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Nº Sínt	Trad <sup>c</sup>	12.38	4.15	5.00	4.97	5.33	4.21	4.85	5.10	3.23	4.62
	EMMA <sup>a</sup>	13.20	5.21	3.33	4.81	1.60	3.04	1.47	2.70	1.60	2.36
Mal pac	Trad <sup>c</sup>	5.92	1.38	3.15	1.46	3.15	1.52	2.69	1.32	2.15	1.28
	EMMA <sup>a</sup>	5.87	0.83	3.13	1.36	2.47	1.64	2.07	1.49	1.80	1.66
I Gl pac	Trad <sup>c</sup>	5.77	1.01	3.31	1.84	3.00	1.16	2.38	1.12	2.38	1.39
	EMMA <sup>b</sup>	5.50	1.09	3.93	0.73	2.57	1.40	2.14	1.35	2.14	1.70
I/Gr tp	Trad <sup>b</sup>	5.50	1.16	2.79	0.58	2.57	0.94	2.43	0.94	1.86	1.03
	EMMA <sup>a</sup>	5.60	0.63	2.93	1.16	2.20	1.15	2.00	1.00	2.07	0.96

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

<sup>a</sup> n = 15; <sup>b</sup> n = 14; <sup>c</sup> n = 13

Los resultados de los ANOVAs mixtos (ver Tabla 23) indican que la variables relacionadas con la interferencia y la gravedad experimentaron cambios similares a lo largo del tiempo entre ambos grupos de tratamiento. No se observan, por tanto, ni efecto grupo ni efecto interacción, mientras que el efecto momento obtuvo valores estadísticamente significativos en todas las variables y su tamaño fue grande en todos los casos. Por su parte, mediante la prueba post-hoc de Bonferroni se comparó el post-tratamiento con cada uno de los 3 seguimientos llevados a cabo en el estudio. Los resultados indicaron que, en el caso del *número de síntomas* los cambios conseguidos en el post-tratamiento se mantuvieron en todos los seguimientos. En el caso de la *gravedad valorada por el paciente* y la *interferencia/gravedad valorada por el terapeuta* no se evidenciaron cambios entre el post-tratamiento y el primer seguimiento, pero las puntuaciones mejoraron en los seguimientos a los 3 y a los 6 meses. En cuanto a la *interferencia valorada por el paciente* la mejoraría tras el tratamiento se incrementó todavía más en los seguimientos. Posteriormente, se compararon ambos grupos de tratamiento en cada uno de los diferentes momentos de evaluación. Los resultados indicaron que no existieron

diferencias significativas entre los grupos, salvo en el variable *número de síntomas* donde el grupo de EMMA fue significativamente superior en los seguimientos al mes y a los 3 meses. Dicha diferencia desapareció en el seguimiento a los 6 meses.

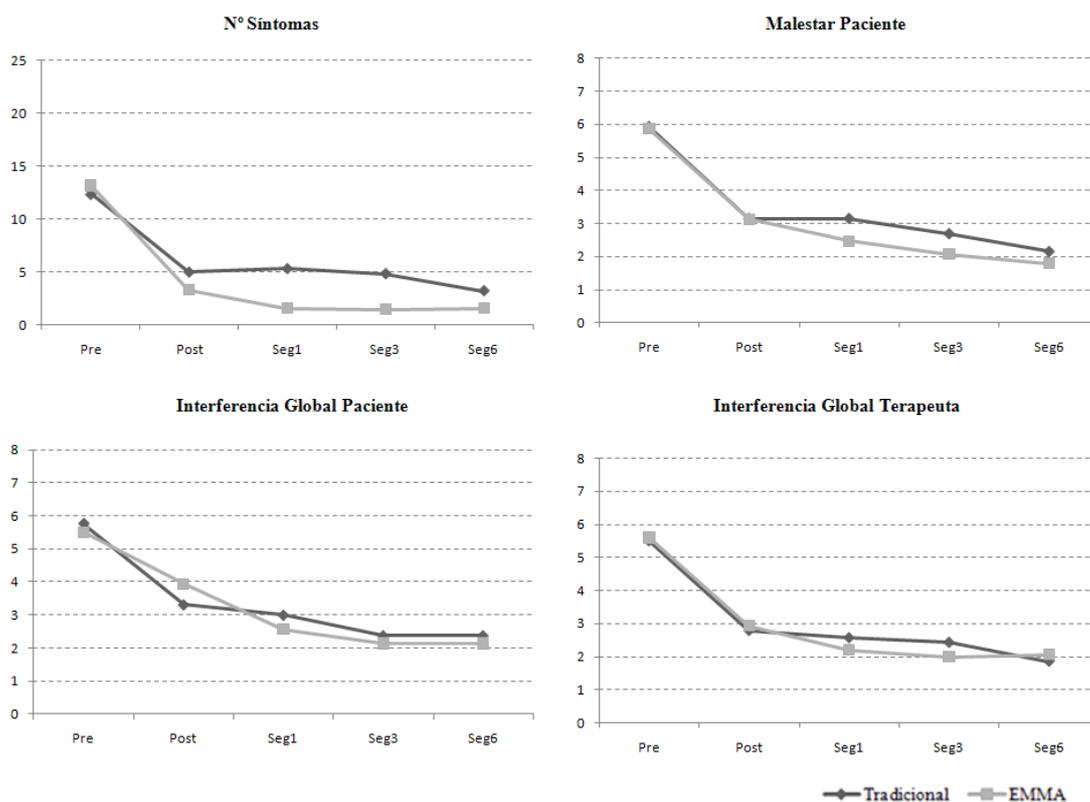
**Tabla 23 -Análisis de varianza de las variables clínicas de interferencia y gravedad pre, post y seguimientos**

VD	Efecto grupo			Efecto momento			Efecto interacción		
	F	p	d	F	p	d	F	p	d
Nº síntomas	3.49	0.073	0.73	31.14	<0.001	2.66	1.60	0.181	0.50
Malestar pac	0.77	0.389	0.35	59.78	<0.001	3.03	0.60	0.609	0.31
Inter global pac	0.10	0.752	0.13	47.75	<0.001	2.76	1.04	0.376	0.41
Inter global tp	0.70	0.793	0.11	106.57	<0.001	3.98	1.16	0.329	0.41

Nota. Nº Sint = número de síntomas; Mal pac = Malestar paciente; I Gl pac = Interferencia Global paciente; I/Gr tp = Interferencia/Gravedad terapeuta.

A continuación se presentan las figuras que muestran la evolución de la puntuaciones en cada una de las variables de interferencia y gravedad analizadas (ver Figura 29).

**Figura 29 - Evolución de las variables de interferencia y gravedad en el pre, post y seguimientos**



### 9.3.2. Objetivos terapéuticos

Los datos relativos a las medias y las desviaciones típicas de los principales objetivos terapéuticos establecidos para cada uno de los participantes del presente estudio (conducta, pensamiento intrusivo, sentimiento y creencia en el pensamiento irracional) se muestran en la Tabla 24.

**Tabla 24: Medias y desviaciones típicas de las variables clínicas del objetivo terapéutico 1 en el pre, post y seguimientos**

VD	Condic	PRE-TRAT		POST-TRAT		SEG1		SEG3		SEG6	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
EC1	Trad	9.29	0.99	3.00	2.69	2.79	2.69	3.50	2.41	2.29	2.40
	EMMA	8.53	1.85	2.33	2.66	2.47	2.26	1.60	2.44	1.67	2.26
MC1	Trad	9.21	0.89	4.86	2.98	2.36	2.95	3.86	2.38	2.86	2.74
	EMMA	8.53	1.19	3.33	2.47	3.93	3.26	2.73	2.25	2.67	2.09
EP1	Trad	7.71	2.92	1.57	1.95	2.29	2.87	2.21	2.89	1.36	2.21
	EMMA	6.87	3.89	2.93	2.99	1.27	2.25	1.07	2.15	1.07	2.12
MP1	Trad	8.71	1.44	2.644	1.65	2.86	2.38	2.50	2.64	2.71	2.70
	EMMA	7.93	2.69	4.13	2.62	2.40	2.44	2.40	2.47	2.47	2.42
IS1	Trad	8.07	2.27	4.21	2.61	4.50	2.35	4.36	2.13	3.57	2.21
	EMMA	8.73	1.10	3.60	2.69	2.40	2.44	2.80	2.34	2.80	2.43
C1	Trad	8.21	1.93	2.14	1.66	2.36	2.37	3.00	2.08	2.43	2.31
	EMMA	8.53	1.19	3.80	3.39	3.13	3.04	3.13	2.70	2.67	3.02

Nota. VD = Variable dependiente; Condición = Condición; EC1 = Evitación Conducta 1; MC1 = Malestar Conducta 1; EP1 = Evitación Pensamiento 1; MP1 = Malestar Pensamiento 1; IS1 = Intensidad Sentimiento 1; C1 = Creencia 1. Condición tradicional n=14; Condición EMMA n= 15.

Evidenciándose el mismo patrón observado en las variables anteriormente analizadas, los resultados de los ANOVAs correspondientes a los objetivos de terapia principales (ver Tabla 25) mostraron que ni el efecto grupo ni el efecto interacción alcanzaron significación estadística, mientras que el efecto momento sí alcanzó dicha significación. Por lo que respecta a la evolución de las puntuaciones a los largo del tiempo, los resultados de la prueba post-hoc de Bonferroni evidenciaron que la mejoría encontrada tras la aplicación del tratamiento se mantuvo estable en los seguimientos. La comparación de ambos grupos en cada uno de los momentos de evaluación indicó que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre ellos, con la salvedad del seguimiento a los 3 meses en la variable *evitación de la conducta 1* y en el seguimiento al mes en la variable *intensidad del sentimiento 1*, en las que el grupo EMMA fue temporalmente superior al grupo tradicional.

**Tabla 25: Análisis de varianza de las variables clínicas del objetivo terapéutico 1 pre, post y seguimientos**

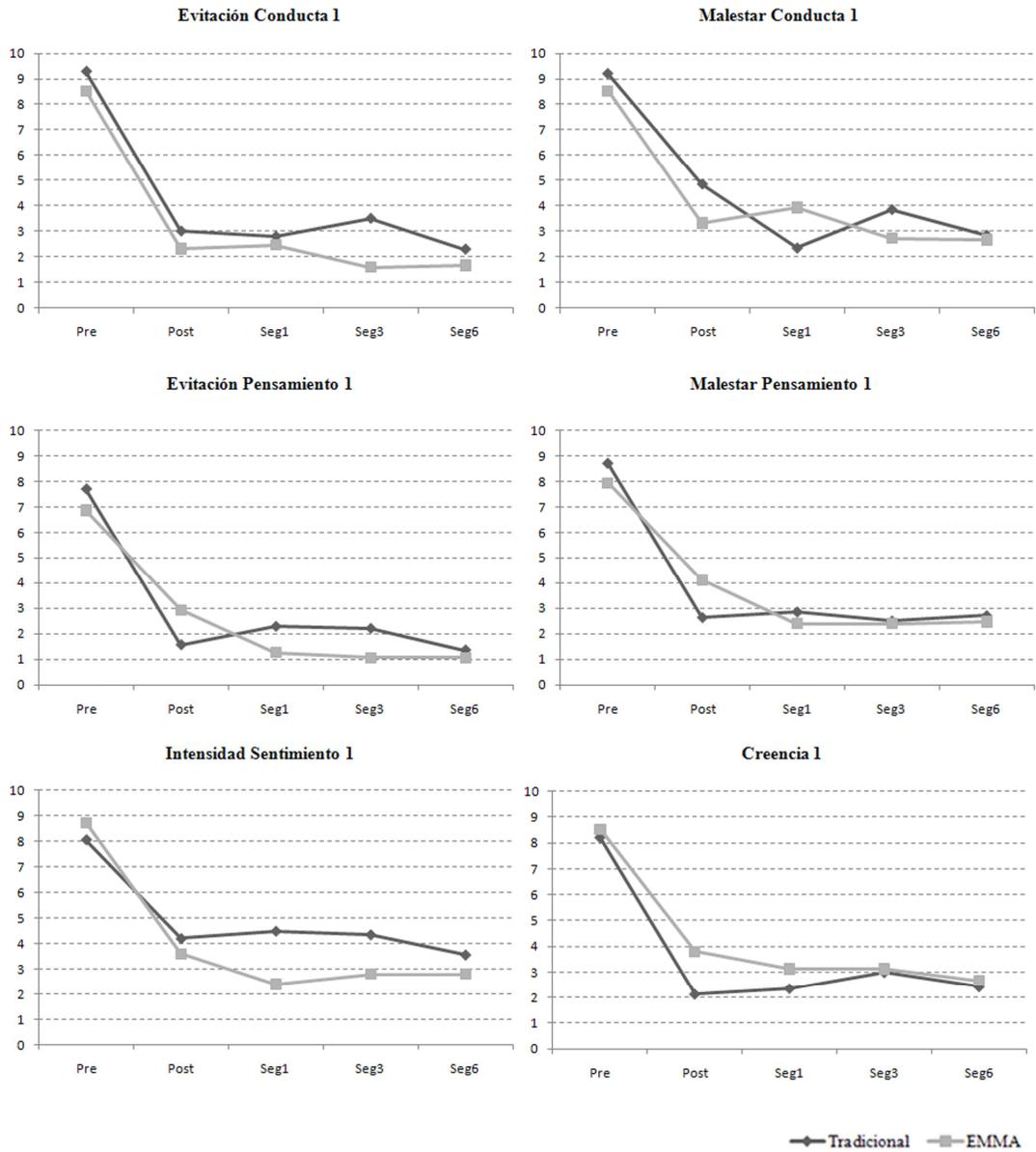
VD	Efecto grupo			Efecto momento			Efecto interacción		
	F	p	Eta	F	p	Eta	F	p	Eta
EC1	1.60	0.216	0.49	92.83	<0.001	3.71	1.02	0.396	0.39
MC1	0.79	0.386	0.34	52.95	<0.001	2.80	1.45	0.222	0.46
EP1	0.32	0.578	0.22	39.08	<0.001	2.40	1.64	0.193	0.49
MP1	0.01	0.977	0.00	59.37	<0.001	2.96	1.83	0.151	0.52
IS1	2.68	0.113	0.63	35.00	<0.001	2.28	2.00	0.099	0.54

Nota. VD = Variable dependiente; Condi = Condición; EC1 = Evitación Conducta 1; MC1 = Malestar Conducta 1; EP1 = Evitación Pensamiento 1; MP1 = Malestar Pensamiento 1; IS1 = Intensidad Sentimiento 1; C1 = Creencia 1.

Las gráficas que muestran la evolución de cada uno de los objetivos terapéuticos principales analizados se pueden observar en la Figura 30.

Por otro lado, en relación al segundo de cada uno de los objetivos terapéuticos evaluados los análisis indicaron el mismo patrón de comportamiento que el observado en el primero de cada uno de dichos objetivos.

Figura 30 - Evolución de los objetivos terapéuticos principales en el pre, post y seguimientos



Por su parte, la Tabla 26 presenta las medias y las desviaciones típicas pertenecientes al último de los objetivos de terapia: las variables emocionales. Los resultados obtenidos mediante los ANOVAs se ofrecen en la Tabla 27.

**Tabla 26 - Medias y desviaciones típicas de las variables clínicas de las emociones positivas y negativas en el pre, post y seguimientos**

VD	Condic	Pre-trat		Post-trat		Seg1		Seg3		Seg6	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Eacont-	Trad <sup>c</sup>	6.67	2.02	2.97	1.30	2.94	1.06	3.42	1.85	2.30	1.46
	EMMA <sup>b</sup>	5.97	1.92	2.49	2.25	1.95	2.00	1.92	2.12	1.77	2.03
Eacont+	Trad <sup>c</sup>	1.09	2.01	3.45	1.63	3.48	1.64	3.21	2.23	3.00	2.21
	EMMA <sup>b</sup>	1.26	1.24	4.54	1.41	4.33	2.05	4.74	3.07	4.31	2.03
Esema -	Trad <sup>c</sup>	5.15	2.18	3.05	1.16	3.68	1.77	3.21	1.55	3.09	1.70
	EMMA <sup>b</sup>	5.00	2.05	2.89	1.65	2.77	2.00	3.15	2.05	2.42	1.92
Esema+	Trad <sup>a</sup>	3.75	1.88	5.44	2.26	6.26	1.65	5.46	2.20	5.46	2.20
	EMMA <sup>a</sup>	3.93	2.03	5.54	1.97	5.57	2.23	5.49	2.01	5.49	2.01

Nota. VD = Variable dependiente; Condición = Condición; E acont - = Emociones acontecimiento negativas; E acont + = Emociones acontecimiento positivas; E sema - = Emociones semanales negativas; E sema + = Emociones semanales positivas.

<sup>a</sup> n = 14, <sup>b</sup> n = 13; <sup>c</sup> n = 11.

**Tabla 27 - Análisis de varianza de las variables clínicas de las emociones positivas y negativas en el pre, post y seguimientos**

VD	Efecto grupo			Efecto momento			Efecto interacción		
	F	p	d	F	p	d	F	p	d
Eacont -	2.86	0.105	0.72	29.24	<0.001	2.31	0.42	0.752	0.28
Eacont+	3.11	0.092	0.75	12.89	<0.001	1.53	0.60	0.666	0.33
Esema -	0.56	0.463	0.32	9.53	<0.001	1.32	0.39	0.815	0.26
Esema+	0.02	0.905	0.06	9.14	<0.001	1.19	0.43	0.784	0.26

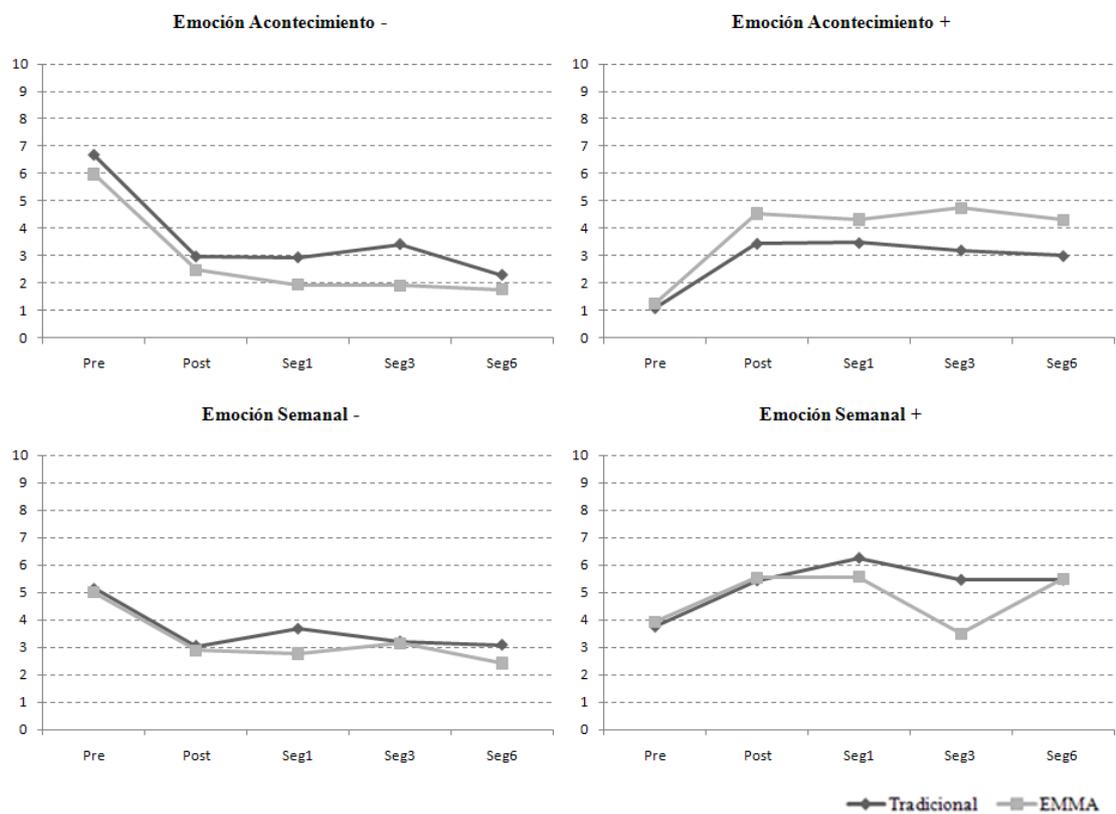
Nota. VD = Variable dependiente; Condición = Condición; E acont - = Emociones acontecimiento negativas; E acont + = Emociones acontecimiento positivas; E sema - = Emociones semanales negativas; E sema + = Emociones semanales positivas.

Los resultados de los ANOVAs aplicados a las variables emocionales (ver Tabla 27) indicaron que, al igual que en las variables anteriores, de nuevo el efecto grupo y el efecto interacción no alcanzaron valores estadísticamente significativos. Por su parte, el efecto momento mostró valores estadísticamente significativos y con tamaños del efecto muy grandes, tanto para las *emociones relacionadas específicamente con el acontecimiento* como para las *emociones medidas de forma general*. Los resultados de la comparación del efecto momento utilizando la prueba post-hoc de Bonferroni señalaron que, en todos los casos las puntuaciones mejoraron tras la aplicación del tratamiento y que

dicha mejoría se mantuvo estable a lo largo de los seguimientos realizados al mes, a los 3 meses y a los 6 meses para ambas condiciones de tratamiento. La comparación de ambos grupos en cada uno de los momentos de evaluación indicó que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre ellos en ningún momento.

A continuación se presentan las gráficas que muestran la evolución de las diferentes variables emocionales analizadas (ver Figura 31).

**Figura 31 - Evolución de las variables emocionales en el pre, post y seguimientos**



### 9.3.3. Otras variables clínicas relevantes

Las medias y las desviaciones típicas obtenidas por los participantes en el resto de medidas clínicas evaluadas en el estudio se presentan en la Tabla 28.

**Tabla 28 - Medias y desviaciones típica de otras variables clínicas relevantes en el pre, post y seguimientos**

VD	Condic	Pre-trat		Post-trat		Seg1		Seg3		Seg6	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Du/Per	Trad <sup>b</sup>	35.93	18.52	17.64	7.37	13.64	8.43	15.79	8.95	13.71	9.49
	EMMA <sup>a</sup>	39.00	10.98	19.53	13.98	15.93	11.39	12.20	9.43	13.53	12.63
BDI-II	Trad <sup>b</sup>	21.93	11.58	9.64	7.40	9.64	6.85	8.14	6.74	8.93	9.55
	EMMA <sup>a</sup>	22.00	9.57	11.87	6.77	8.93	6.85	5.73	4.89	7.93	6.41
Panas+	Trad <sup>c</sup>	24.31	7.51	32.62	7.26	31.85	5.86	31.46	7.91	30.85	8.85
	EMMA <sup>b</sup>	22.87	6.79	31.87	8.13	31.47	9.05	32.07	8.13	30.13	9.46
Panas-	Trad <sup>c</sup>	25.08	8.01	16.62	5.42	19.38	5.65	16.77	4.71	16.46	7.02
	EMMA <sup>a</sup>	25.13	6.16	18.60	6.45	16.80	5.88	15.80	4.44	14.67	5.00
Autoef	Trad <sup>e</sup>	3.44	1.67	5.11	1.77	5.33	1.32	5.44	1.13	5.33	1.32
	EMMA <sup>d</sup>	3.9	1.30	5.00	1.38	5.36	1.57	5.64	1.75	6.00	1.51
Autoes	Trad <sup>e</sup>	27.44	4.33	32.33	1.87	30.89	3.33	31.56	3.64	30.67	5.20
	EMMA <sup>d</sup>	26.27	6.02	30.00	4.92	31.00	6.56	31.91	6.09	31.27	6.96
PTGI	Trad <sup>b</sup>	31.43	15.77	65.64	15.52	59.29	20.35	63.43	17.13	58.64	19.26
	EMMA <sup>a</sup>	29.60	18.65	61.13	24.10	57.40	25.47	58.93	20.70	56.00	21.71

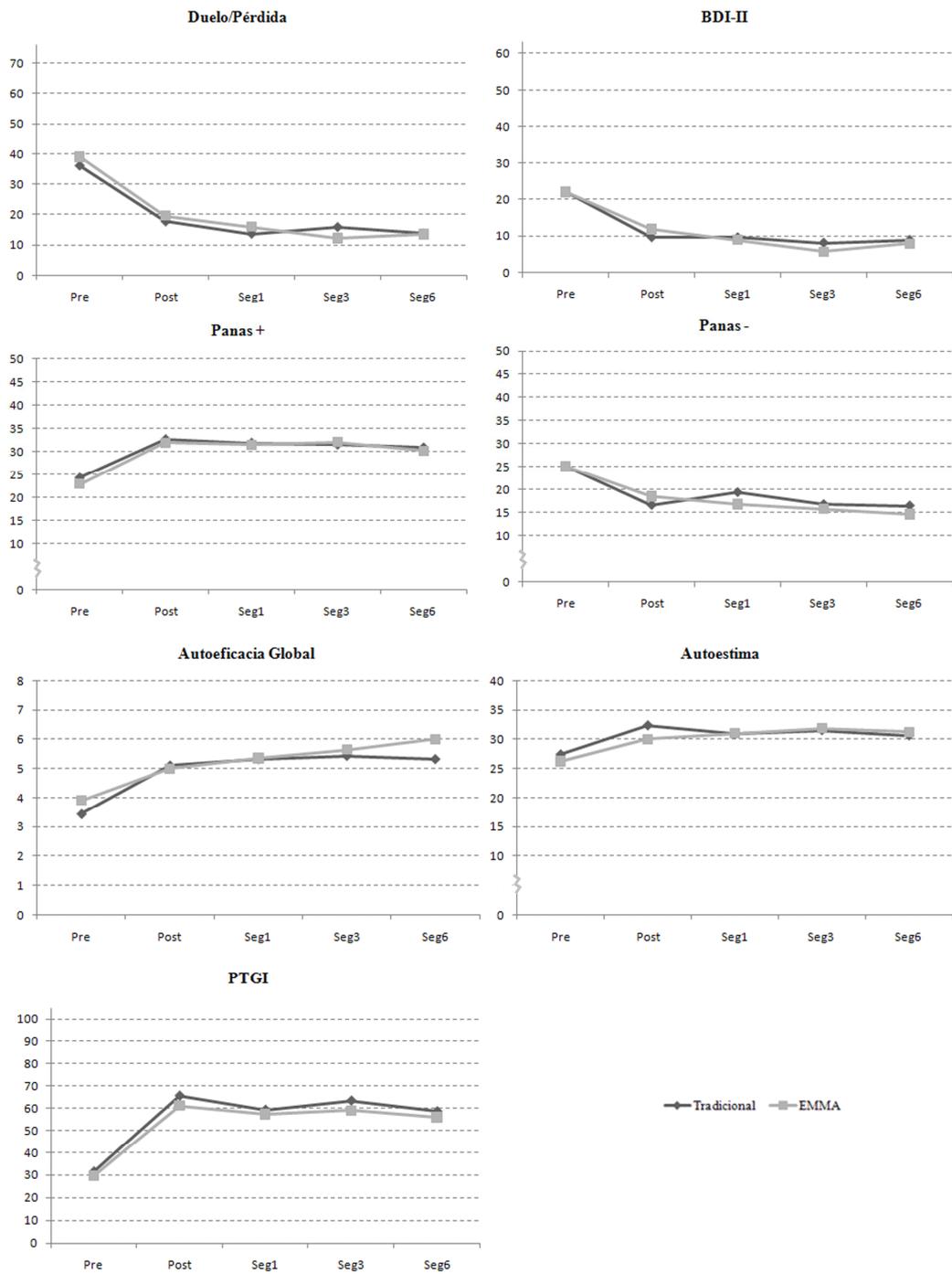
Nota. VD = Variable dependiente; Condici = Condición; Du/Per = Duelo/ Pérdida; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck-II; Autoef G = Autoeficacia global; Autoes = Autoestima; PTGI = Inventario de Crecimiento Postraumático.

<sup>a</sup> n = 15; <sup>b</sup> n = 14; <sup>c</sup> n = 13; <sup>d</sup> n = 11; <sup>e</sup> n = 9.

Como se puede observar en la Tabla 29, los resultados de los ANOVAs vuelven a presentar una evolución similar a la encontrada en el resto de las variables analizadas anteriormente. En primer lugar, ni el efecto grupo ni el efecto interacción fueron significativos, mientras que el efecto momento sí fue significativo y alcanzó un tamaño grande para todas las variables analizadas. Los resultados de la aplicación de la prueba post-hoc de Bonferroni indicaron que la mejoría obtenida en el post-tratamiento se mantuvo, de forma general, en todos los seguimientos que se llevaron a cabo. En cuanto a la comparación de ambos grupos en cada uno de los momentos de evaluación no se observó ninguna diferencia entre ellos a lo largo del tiempo.

Por su parte, las gráficas que muestran la evolución de estas variables clínicas relevantes analizadas en el estudio pueden observarse a continuación en la Figura 32.

Figura 32 - Evolución de "otras variables clínicas relevantes" en el pre, post y seguimientos



**Tabla 29 - Análisis de varianza de otras variables clínicas relevantes en el pre, post y seguimientos**

VD	Efecto grupo			Efecto momento			Efecto interacción		
	F	p	d	F	p	d	F	p	d
Duelo/ Pérdida	0.05	0.824	0.09	37.56	<0.001	2.36	0.66	0.524	0.31
BDI-II	0.03	0.860	0.06	28.53	<0.001	2.06	0.57	0.621	0.29
Panas+	0.05	0.819	0.09	10.88	<0.001	1.29	0.12	0.954	0.13
Panas-	0.17	0.682	0.17	18.44	<0.001	0.97	1.00	0.396	0.39
Autoeficacia global	0.34	0.568	0.27	10.26	<0.001	1.51	0.41	0.755	0.30
Autoestima	0.06	0.810	0.11	7.90	<0.001	1.32	0.78	0.510	0.42
PTGI	0.26	0.615	0.19	39.05	<0.001	2.40	0.15	0.926	0.14

Nota. VD = Variable dependiente; Du/Per = Duelo/ Pérdida; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck-II; Autoef G = Autoeficacia global; Autoes = Autoestima; PTGI = Inventario de Crecimiento Postraumático.

De manera resumida los resultados obtenidos a partir de la comparación de los dos grupos que recibieron la intervención psicológica, indican que tras el tratamiento ambos grupos mejoraron de manera similar y de forma significativa en todas las variables medidas y que dicha mejoría se mantuvo a lo largo de los seguimientos llevados a cabo.

Por último, respecto a la variable número de sesiones recibidas se observa que estas fueron las mismas para ambos grupo de tratamiento (ver Tabla 30).

**Tabla 30: Medidas del número de sesiones de tratamiento utilizadas**

VD	Condic	M	DT	F	p
Nº sesiones	Trad	6.67	0.62	0.09	0.765
	EMMA	6.73	0.59		

NOTA: VD Variable dependiente

Condición tradicional n=15; Condición EMMA n= 15.

#### ***9.4. ESTIMACIÓN DEL CAMBIO CLÍNICO PRODUCIDO POR EL TRATAMIENTO.***

Tras llevar a cabo los análisis estadísticos anteriores y comprobar que el tratamiento produjo un cambio significativo en las puntuaciones de los participantes de ambas condiciones de tratamiento frente al grupo control, consideramos importante realizar otro tipo de análisis que permitieran determinar en qué medida el cambio estadístico implicó una mejoría en el estado clínico de los participantes. Como han planteado diversos autores (Iraurgi, 2009; Jacobson y Truax, 1991, Sheldrick, Kendall y Heimberg, 2001), la significación estadística presenta limitaciones cuando es aplicada a la investigación de resultados psicoterapéuticos porque se basa en medidas grupales, no abordando la importancia a nivel práctico del cambio producido en el paciente como consecuencia de la intervención terapéutica llevada a cabo. Con el objetivo de ofrecer una cuantificación de la significación del cambio clínico producido en los participantes en este estudio se han utilizado dos procedimientos: el Índice de Cambio Fiable propuesto por Jacobson y Truax (1991) y, en el caso de las medidas en las que no se contaban con datos normativos, la aplicación única del criterio “a” propuesto por estos mismos autores para determinar si el cambio ha sido clínicamente significativo. Por otra parte, con el objetivo de completar la información clínica y ofrecer una medida del grado de mejoría global alcanzado como consecuencia del tratamiento se ha establecido ad-hoc un Índice Compuesto de Cambio Terapéutico siguiendo el ejemplo de otros autores (Mattick y Peters, 1988; Turner, Beidel, Long, Turner y Townsley, 1993; Turner, Beidel y Wolf, 1994).

### 9.4.1. Índice de cambio fiable (ICF)

El Índice de Cambio Fiable (ICF, Jacobson y Truax, 1991) es un método que se compone de dos partes diferenciadas: 1) una establece los criterios que permiten considerar que se ha producido un “cambio clínico”, 2) la otra aporta un índice estadístico que refleja el grado de precisión del cambio obtenido. Para el cálculo del ICF se ha utilizado para calcular el punto de corte a partir del cual puede considerarse que se ha producido un cambio clínico significativo es el criterio “c”. Este criterio establece cuándo el cambio producido indica que el nivel funcional tras el tratamiento del paciente se sitúa más cerca de la media de la distribución de la población funcional que de la disfuncional (la fórmula para calcular el punto de corte es  $[PC = (M_D \times DT_F + M_F \times DT_D) / (DT_D + DT_F)]$ ). El algoritmo que se ha utilizado para el cálculo del índice estadístico que contempla la precisión del instrumento con el que se ha llevado a cabo la medida es el siguiente:

$$ICF = \frac{X_{post} - X_{pre}}{S_{dif}}$$

Donde  $S_{dif} = \sqrt{2 \cdot (SE)^2}$

$$SE = DT \sqrt{1 - r_{xx}}$$

Siendo  $X_{post}$  la puntuación post-tratamiento,  $X_{pre}$  la puntuación pre-tratamiento,  $S_{dif}$  el Error Estándar de las Diferencias entre las dos medias, SE el Error Estándar de Medida del instrumento, DT desviación típica de la muestra normativa y  $r_{xx}$  la fiabilidad test-retest del instrumento

La combinación de las dos partes del método permite la clasificación de los resultados de cambio en tres categorías:

- a. *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.
- b. *Mejorado*, cuando se evidencie una mejoría significativa a partir el ICF aunque no se llegue a alcanzar el nivel funcional.

- c. *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.

Los resultados del ICF calculado para las variables: Panas +, Panas -, BDI-II y PTGI se presentan en la Tabla 31. En relación a las categorías del índice se observó que los participantes se distribuyeron de forma desigual entre las mismas: algunos se situaron en la categoría de *Recuperados*, una minoría lo hicieron en la categoría de *Mejorados* y muchos formaron parte de la categoría *Sin cambio*. Por otra parte, cuando se comparan los ICF de los cuestionarios utilizados en el post-tratamiento se evidencia que el BDI-II y el PTGI fueron los que obtuvieron los porcentajes de cambio mayores, seguidos por el Panas + y, en último lugar, el Panas -. Y, comparando la evolución del ICF entre el post-tratamiento y el último seguimiento lo que se encuentra es que: los cuestionarios relativos al afecto – (Panas – y BDI-II) experimentaron un incremento mayor en el porcentaje de participantes con cambio (*Recuperados* y *Mejorados*); el porcentaje, en el caso del Panas +, se mantuvo estable; y, en el PTGI, el porcentaje conjunto de participantes *Recuperados* y *Mejorados* disminuyó. Por último, la comparación entre ambas condiciones a lo largo de los diferentes momentos de evaluación muestra que: en el post-tratamiento, ambas condiciones obtuvieron porcentajes muy similares de participantes que evidenciaron un cambio positivo en el Panas +, el Panas – y el BDI-II; y que en el PTGI la condición tradicional fue ligeramente superior a la condición EMMA. Sin embargo, en los seguimientos la condición EMMA se mostró superior en las tres variables relacionadas con el afecto (Panas +, Panas – y BDI-II) y, en relación al PTGI, las puntuaciones de ambas condiciones se equipararon en el seguimiento a más largo plazo.

**Tabla 31: Índice de cambio fiable para las puntuaciones de los cuestionarios PANAS, BDI-II y PTGI en el post-tratamiento y los seguimientos.**

VD	POST		SG1		SG3		SG6	
	Trad	EMMA	Trad	EMMA	Trad	EMMA	Trad	EMMA
<b>PANAS +</b>								
Recuperan	4	4	1	6	3	5	1 <sup>b</sup>	5 <sup>b</sup>
	26.6%	26.6%	6.7%	40%	21.4%	33.3%	7.7%	33.3%
Mejoran	0	0	0	0	0	0	0	0
Sin cambio	11	11	14	9	11	10	12 <sup>b</sup>	10 <sup>b</sup>
	73.3%	73.3%	93.3%	60%	78.6%	66.7%	92.3%	66.7%
<b>PANAS -</b>								
Recuperan	3	4	1	3	3 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	4 <sup>b</sup>	7 <sup>b</sup>
	20%	26.6%	6.7%	20%	21.4%	40%	30.8%	46.7%
Mejoran	2	1	2	0	2 <sup>a</sup>	0	1 <sup>b</sup>	0
	13.3%	6.7%	13.3%		14.3%		7.7%	
Sin cambio	10	10	12	12	9 <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>	8 <sup>b</sup>	8 <sup>b</sup>
	66.7%	66.7%	80%	80%	64.3%	60%	61.5%	53.3%
<b>BDI-II</b>								
Recuperan	7	7	6	8	7	10	7 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>
	46.7%	46.7%	40%	53.3%	46.7%	66.7%	50%	66.7%
Mejoran	0	1	2	1	1	0	2 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>
		6.7%	13.3%	6.7%	6.7%		14.3%	6.7%
Sin cambio	8	7	7	6	7	5	5 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>
	53.3%	46.7%	46.7%	40%	46.7%	33.3%	35.7%	26.6%
<b>PTGI</b>								
Recuperan	7	6	5	3	7	4	4 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>
	46.7%	40%	33.3%	20%	46.7%	26.6%	28.6%	26.6%
Mejoran	1	1	1	1	1	1	1 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>
	6.7%	6.7%	6.7%	6.7%	6.7%	6.7%	7.1%	6.7%
Sin cambio	7	8	9	11	7	10	9 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>
	46.7%	53.3%	60%	73.3%	46.7%	66.7%	64.3%	66.7%

Nota. VD = Variable independiente; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck-II; PTGI = Inventario de Crecimiento Postraumático.

Condición tradicional n=15; Condición EMMA n= 15; excepto: <sup>a</sup> n = 14; <sup>b</sup> n = 13

#### 9.4.2. Índice de cambio clínicamente significativo (ICCS).

En relación a los objetivos terapéuticos, como se ha comentado anteriormente, únicamente se pudo aplicar el criterio “a” (Jacobson y Truax, 1991) para obtener un indicador del cambio clínicamente significativo. Este criterio establece que, para determinar la existencia de un cambio clínico significativo, el nivel funcional tras el tratamiento debe situarse fuera de la amplitud de la población disfuncional en la dirección de la funcionalidad, entendiéndose por amplitud la distancia entre dos desviaciones típicas (DT) desde la media (M) de la distribución. Los resultados del cambio clínicamente significativo de los objetivos terapéuticos se presentan en la Tabla 32.

**Tabla 32: Índice de cambio clínicamente significativo de los objetivos de terapia principales en el post-tratamiento y en los seguimientos.**

VD	Post		Sg1		Sg3		Sg6	
	Trad	EMM	Trad	EMM	Trad	EMM	Trad	EMM
<b>EC1</b>								
Recuperan	11	12	12	12	9	13	11 <sup>a</sup>	13 <sup>a</sup>
	73.3%	80.0%	80.0%	80.0%	60.0%	86.7%	78.6%	86.7%
Mejoran	0	0	0	1	0	0	0	1 <sup>a</sup>
			0	6.7%				6.7%
Sin cambio	4	3	3	2	6	2	3 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>
	26.7%	20.0%	20.0%	13.3%	40.0%	13.3%	21.4%	6.7%
<b>MC1</b>								
Recuperan	8	12	11	11	10	13	12	13
	53.3%	80.0%	73.3%	73.3%	66.7%	86.7%	85.7%	86.7%
Mejoran	1	1	1	1	2	0	1	2
	6.7%	6.7%	6.7%	6.7%	13.3%	0%	7.1%	13.3%
Sin cambio	6	2	3	3	3	2	1	0
	40.0%	13.3%	20.0%	20.0%	20.0%	13.3%	7.1%	0%
<b>EP1</b>								
Recuperan	9	7	7	11	8	11	10	12
	60.0%	46.7%	46.7%	73.3%	53.3%	73.3%	71.4%	80.0%
Mejoran								
Sin cambio	6	8	8	4	7	4	4	3
	40.0%	53.3%	53.3%	26.7%	46.7%	26.7%	28.6%	20.0%
<b>MP1</b>								
Recuperan	6	3	7	7	8	7	9	8
	40.0%	20.0%	46.7%	46.7%	53.3%	46.7%	64.3%	53.3%
Mejoran	6	6	4	7	3	6	0	5
	40.0%	40.0%	26.7%	46.7%	20.0%	40.0%	0%	33.3%
Sin cambio	3	6	4	1	4	2	5	2
	20.0%	40.0%	26.7%	6.7%	26.7%	13.3%	35.7%	13.3%
<b>IS1</b>								
Recuperan	7	8	5	11	5	10	8	9
	46.7%	53.3%	33.3%	73.3%	33.3%	66.7%	57.1%	60.0%
Mejoran	5	2	5	3	5	3	2	4
	33.3%	13.3%	33.3%	20.0%	33.3%	20.0%	14.3%	26.7%
Sin cambio	3	5	5	1	5	2	4	2
	20.0%	33.3%	33.3%	6.7%	33.3%	13.3%	28.6%	13.3%
<b>C1</b>								
Recuperan	5	4	6	7	4	5	6	8
	33.3%	26.7%	40.0%	46.7%	26.7%	33.3%	42.9%	53.3%
Mejoran	6	5	3	2	2	3	5	1
	40.0%	33.3%	20.0%	13.3%	13.3%	20.0%	35.7%	6.7%
Sin cambio	4	6	6	6	9	7	3	6
	26.7%	40.0%	40.0%	40.0%	60.0%	46.7%	21.4%	40.0%

Nota. VD = Variable dependiente; Condic = Condición; EC1 = Evitación Conducta 1; MC1 = Malestar Conducta 1; EP1 = Evitación Pensamiento 1; MP1 = Malestar Pensamiento 1; IS1 = Intensidad Sentimiento 1; C1 = Creencia 1.

Condición tradicional n=15; Condición EMMA n= 15; excepto: <sup>a</sup> n = 14;

De forma general los resultados presentados en la Tabla 32 nos muestran que en el caso de los objetivos terapéuticos el porcentaje de participantes que evidenciaron un cambio tras la aplicación del tratamiento fue superior al de los participantes que no experimentaron cambio en ambas condiciones y que,

además, este fue bastante superior al encontrado en las variables medidas en el ICF. De nuevo, en este caso, la categoría de participantes *Mejorados* fue la que presentó menores porcentajes. Por otra parte, el ICCS en el post-tratamiento presentó los porcentajes más elevados en las variables relacionadas con la *conducta* (evitación y malestar), la *intensidad del sentimiento 1* y el *malestar relativo al pensamiento intrusivo 1*. A continuación se situaría la *creencia* en el pensamiento irracional 1 y, en último lugar, la *evitación del pensamiento intrusivo 1*. La comparación de los porcentajes entre el post-tratamiento y el seguimiento a los 6 meses evidencia que tanto en los objetivos relativos a la *conducta*, como en los relativos a los *pensamientos* intrusivos dichos porcentajes se incrementaron; mientras que en relación a intensidad del *sentimiento 1* al grado de *creencia* en el pensamiento irracional 1 los porcentajes se mantuvieron sin a penas cambios. Por su parte, la comparación de ambas condiciones en los diferentes momentos de evaluación indica que tras el tratamiento la condición EMMA obtuvo un porcentaje mayor de participantes que experimentaron cambio en los objetivos conductuales (evitación y malestar de la conducta 1), y que la condición tradicional fue superior en los objetivos relacionados con el pensamiento intrusivo 1 (evitación y malestar), la intensidad del sentimiento 1 y el grado de creencia en el pensamiento irracional 1. Sin embargo, nuevamente en los seguimientos la condición EMMA superó a la condición tradicional en prácticamente todas las medidas. La excepción la constituyó el grado de creencia en el pensamiento irracional 1, en el cuál la condición tradicional se mostró superior en el seguimiento a los 6 meses.

#### **9.4.3. Índice compuesto de cambio (ICC)**

Como se ha comentado anteriormente, la información sobre el cambio clínico de la muestra se complementó con un Índice Compuesto de Cambio (ICC) que ofrece una visión de la evolución global de los participantes. La lógica del ICC y los pasos que se siguieron para calcularlo fueron los siguientes:

1. Se seleccionaron las variables clínicas consideradas más relevantes y directamente relacionadas con el TA, entre estas: tres de los objetivos

terapéuticos que recogen las vertientes conductual, emocional y cognitiva del problema; un índice de gravedad valorado por el clínico y un instrumento de autoinforme que rastreara la valoración del paciente acerca de aspectos importantes relacionadas con la vivencia de situaciones estresantes. Así, el listado final estuvo constituido por: la evitación de la conducta 1, la intensidad del sentimiento 1, la creencia en el pensamiento irracional 1, la valoración del estado clínico del paciente por parte del terapeuta y la puntuación del paciente en el PTGI.

2. Se determinó que los participantes habían experimentado un cambio clínico importante en una variable si habían sido categorizados en ella como *mejorados* o *recuperados* y que dicho cambio no se había producido si se encontraban en la categoría de *sin cambio*.
3. Se estableció la forma de categorizar los niveles del ICC y se utilizó una nomenclatura que no generara confusión en relación a las categorías utilizadas previamente en el cálculo del ICF. De esta forma, aquellos participantes que habían obtenido un cambio clínico importante en las 5 variables seleccionadas se consideraron como *Muy Mejorados*; los que habían experimentado cambio en 3 ó 4 de dichas variables se categorizaron como *Mejorados*; y los que habían cambiado en 2 o menos de las variables se consideraron *Sin Cambio*.

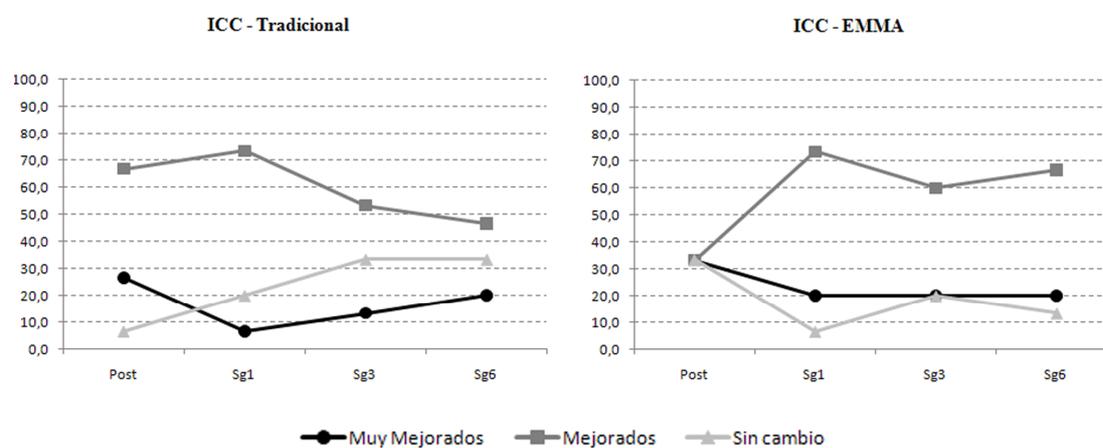
En la Tabla 33 se presentan los resultados obtenidos mediante la aplicación del ICC. Cuando se consideran los datos de forma conjunta, el índice ofrece un porcentaje de alrededor del 80% de participantes que mejoraron en un mínimo de 3 de las 5 variables computadas en el cálculo del mismo. Dicho porcentaje se mantuvo relativamente estable a lo largo de todos los seguimientos llevados a cabo. Por lo que se refiere a las comparaciones entre las dos condiciones de tratamiento se observa que la condición tradicional, que partía de un porcentaje de participantes con cambio muy elevado (93.4% en el post-tratamiento), experimentó un descenso progresivo de los valores del índice a medida que transcurrieron los seguimientos (80%, 66.6% y 66.6% en los seguimientos al mes, a los tres y a los 6 meses respectivamente). Por su parte, la condición EMMA, cuyo porcentaje inicial fue menor (66.6%), mejoró muchísimo en el seguimiento al mes (93.4%) y

mantuvo porcentajes elevados en los dos seguimientos restantes (80% y 86.6% respectivamente). Una representación gráfica de la evolución del ICC se ofrece en la Figura 33.

**Tabla 33: Resultados del Índice de Cambio Compuesto (ICC)**

CATEGORÍAS	POST		SG1		SG3		SG6	
	Trad	EMM	Trad	EMM	Trad	EMM	Trad <sup>¶</sup>	EMM
Muy mejorados	4	5	1	3	2	3	3	3
	26.6%	33.3%	6.6%	20%	13.3%	20%	20%	20%
Mejorados	10	5	11	11	8	9	7	10
	66.8%	33.3%	73.4%	73.4%	53.3%	60%	46.6%	66.6%
Sin cambio	1	5	3	1	5	3	5	2
	6.6%	33.4%	20%	6.6%	33.4%	20%	33.4%	13.4%

**Figura 33 - Evolución del ICC**



## **9.5. MEDIDAS DE EXPECTATIVAS, SATISFACCIÓN Y PREFERENCIAS EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO POR PARTE DE LOS PACIENTES**

Con el objetivo de conocer las expectativas y el grado de satisfacción de los participantes con el tratamiento, se administraron la Escala de Expectativas y la Escala de Satisfacción con el tratamiento (ambas adaptadas de Borkovec y Nau, 1972). Por otro lado, a los participantes también se les preguntó (una vez finalizada la fase de intervención) cuál de las dos condiciones de tratamiento hubieran preferido en el caso de haber podido escoger utilizando el Cuestionario de Preferencias diseñado específicamente para este estudio (Ver Anexo 6).

### **9.5.1. Expectativas**

Por lo que respecta a los resultados obtenidos en la *Escala de Expectativas*, los datos indicaron que los participantes se habían hecho una idea muy positiva del mismo en ambas condiciones (ver Tabla 34). Los datos indicaron que los participantes: consideraban el tratamiento muy lógico, estaban satisfechos con el trabajo que iban a realizar, se lo recomendarían a otras personas, consideraban que podría ser útil para otros problemas y consideraban que les iba a resultar de utilidad en su caso. Los valores de las medias se situaron en torno a un valor de “8”, siendo 7.71 la media más baja (en el caso de la utilidad percibida para otros problemas) y 9.14 la más elevada (relativa al nivel en que le recomendarían el tratamiento a un amigo o familiar). En cuanto a la pregunta relacionada con el grado en que creían que el tratamiento les resultaría aversivo, los valores fueron bastante reducidos. La media de esta variable se situó en un valor de 3.86 para la condición Tradicional y de 3.13 para la condición EMMA. Los resultados de los ANOVAs indicaron que no existieron diferencias en ninguno de los ítems incluídos en la Escala de Expectativas al comparar ambas condiciones de tratamiento (ver Tabla 34).

**Tabla 34: Medidas de las expectativas sobre el tratamiento de las dos condiciones de tratamiento analizadas utilizando ANOVAs de un factor en el pre-test**

VD	Condic	M	DT	F	p
Lógico	Trad	8.71	1.14	0.68	0.417
	EMMA	8.40	0.91		
Satisfacción	Trad	8.50	0.94	0.44	0.515
	EMMA	8.27	0.96		
Recomendar	Trad	9.14	1.29	2.27	0.144
	EMMA	8.47	1.13		
Útil otros problemas	Trad	7.71	1.86	0.06	0.814
	EMMA	7.87	1.60		
Útil en su caso	Trad	8.14	1.23	0.75	0.395
	EMMA	8.47	0.74		
Aversivo	Trad	3.86	3.16	0.40	0.535
	EMMA	3.13	3.04		

Nota. VD = Variable dependiente; Condic = Condición.  
Condición tradicional n=14; Condición EMMA n= 15.

### 9.5.2. Satisfacción

Los resultados obtenidos en la *Escala de Satisfacción con el tratamiento* (ver Tabla 35), al igual que ocurrió con las expectativas, fueron muy elevados en todas las variables evaluadas. De hecho, se observa que la satisfacción informada fue ligeramente superior a las expectativas que los participantes habían generado antes del tratamiento. Respecto a la valoración sobre cuán aversivo les había resultado el tratamiento, en ambas condiciones los valores fueron inferiores a los predichos en el pre-tratamiento, especialmente en la condición EMMA. Los ANOVAs llevados a cabo en relación a la satisfacción indicaron que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre la condición Tradicional y la condición EMMA en el post-test, y que dichos resultados se mantuvieron constantes a lo largo de los seguimientos (ver Tabla 36).

**Tabla 35: Medias y Desviaciones Típicas de la opinión sobre el tratamiento en las dos condiciones de tratamiento en el post y los seguimientos**

VD	Condic	POST		SG1		SG3		SG6	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Lógico	Trad	8.62	1.12	8.69	1.18	9.00	.82	8.85	1.14
	EMMA	8.80	0.94	8.53	1.06	8.47	1.41	8.13	1.30
Satisfacción	Trad	8.86	1.03	8.79	1.19	9.21	0.80	9.21	0.70
	EMMA	8.87	1.25	8.73	1.28	8.93	1.22	8.47	1.46
Recomendar	Trad	9.50	0.76	9.50	0.65	9.50	0.76	9.36	1.01
	EMMA	9.00	1.13	8.93	1.16	8.87	1.30	8.87	1.19
Útil otros probl	Trad	8.14	1.61	8.36	1.39	8.29	1.44	7.86	1.79
	EMMA	8.33	1.45	8.47	1.25	8.40	1.24	8.60	1.06
Útil en su caso	Trad	9.29	1.07	9.14	1.10	9.36	0.75	8.93	1.14
	EMMA	8.60	1.40	8.67	1.45	8.87	1.41	8.53	1.46
Aversivo	Trad	3.86	3.28	3.43	3.37	3.29	3.10	3.43	3.18
	EMMA	1.87	2.39	2.20	2.46	1.67	2.16	1.73	2.52

Nota. VD = Variable dependiente; Condición = Condición.  
Condición tradicional n=14; Condición EMMA n= 15.

**Tabla 36: Resultados de los ANOVAs en relación a la satisfacción sobre el tratamiento en el post-test y los seguimientos**

VD	Efecto grupo			Efecto momento			Efecto interacción		
	F	p	d	F	p	d	F	p	d
Lógico	0.73	0.400	0,33	0.62	0.607	0,31	2.02	0.118	0,56
Satisfacción	0.53	0.474	0,28	1.18	0.325	0,42	1.93	0.132	0,54
Recomendación	2.89	0.101	0,66	0.25	0.862	0,19	0.08	0.971	0,11
Útil otros probl	0.41	0.528	0,25	0.33	0.806	0,22	0.98	0.405	0,38
Útil en su caso	1.49	0.234	0,47	1.85	0.152	0,52	0.29	0.814	0,21
Aversivo	2.88	0.101	0,66	0.58	0.579	0,29	0.42	0.680	0,25

Nota. VD = Variable dependiente.

### 9.5.3. Preferencias

Como se ha descrito en el apartado de instrumentos, para la medición de las preferencias se utilizó un instrumento que ofrecía a los participantes, en primer lugar, una breve explicación sobre en qué consistían y la forma en que eran aplicadas las dos condiciones de tratamiento existentes en el estudio. Posteriormente, se les pedía que dijese cuál de las dos condiciones hubieran preferido recibir, independientemente de aquella que efectivamente recibieron. Junto al instrumento, a los participantes se les hizo llegar dos vídeos que simulaban brevemente una secuencia de una sesión en la condición tradicional

y otra en la condición EMMA. Respondieron un total de 18 participantes, 7 pertenecían a la condición tradicional y 11 a la condición EMMA. La Tabla 37 muestra los datos referidos a la preferencia de los participantes en función del grupo experimental al que pertenecían. En conjunto, el 66.7% de los participantes manifestó que hubieran preferido recibir la condición apoyada por la RV, frente al 33.3% que dijeron preferir la condición tradicional. Ahora bien, cuando se tuvo en cuenta el grupo experimental al que pertenecía cada participante, se observó que la mayoría manifestó preferir aquella condición que efectivamente había recibido. En la condición Tradicional el 57.1% manifestó preferir dicha condición, mientras que el 81.1% hizo lo propio en relación a la condición EMMA. No se encontraron diferencias en relación a la preferencia en función del grupo experimental al que pertenecían los participantes ( $\chi^2 = 2.92$ , g. l. = 1;  $p = 0.087$ ). Tampoco se hallaron diferencias en el número de participantes que respondieron al cuestionario en función de la condición experimental a la que pertenecían ( $\chi^2 = 2.22$ , g. l. = 1;  $p = 0.136$ ).

**Tabla 37 - Preferencia de los participantes en función del grupo experimental**

		GRUPO EXPERIMENTAL		TOTAL
		Trad	EMMA	
CONDICIÓN PREFERIDA	Trad	4 66.7%	2 33.3%	6 33.3%
	EMMA	3 25.5%	9 75.0%	12 66.7%
TOTAL		7 38.9%	11 61.1%	18 100%

## **9.6. MEDIDAS DE OPINIÓN EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO POR PARTE DE LOS TERAPEUTAS**

Al igual que se hizo en el caso de los participantes, a los terapeutas también se les pidió que evaluaran los dos tratamientos que habían aplicado. En este caso los terapeutas indicaron: en qué medida les había parecido lógico cada uno de los tratamientos; cuánto les había satisfecho aplicarlos; el grado en el que se lo recomendarían a un amigo o familiar que tuviera un TA o a otro terapeuta; en qué medida creían que el componente de aplicación de cada uno de los tratamientos podría ser útil para tratar otros problemas psicológicos; el grado en que cada condición de tratamiento había resultado útil para sus pacientes; y, por último, en qué medida les había resultado aversivo aplicar cada una de estas dos condiciones de intervención.

Los resultados obtenidos y presentados en la Tabla 38 mostraron que los terapeutas tenían una elevada opinión sobre ambas condiciones de tratamiento (todas las medias superaron el valor de 7 en una escala de 0 a 10 puntos) y que ninguna les había resultado aversiva a la hora de ponerla en práctica con sus pacientes (ambas condiciones obtuvieron una media de 0.8 en la escala de 0 a 10). Por otra parte, los resultados aportados al aplicar la prueba de Wilcoxon indicaron que no existieron diferencias en la valoración que los terapeutas realizaron de ambas condiciones de tratamiento para ninguna de las variables tenidas en cuenta.

**Tabla 38: Medidas de la opinión de los terapeutas sobre el tratamiento**

	Condici	M	DT	Z	p
Lógico	Trad	7.80	1.30	-1.00	0.317
	EMMA	7.60	0.89		
Satisfacción	Trad	7.60	1.14	-0.58	0.564
	EMMA	7.80	0.45		
Recomendaría a un familiar	Trad	7.60	0.55	-1.73	0.083
	EMMA	8.20	0.45		
Recomendaría a otros terapeutas	Trad	7.40	0.55	-1.00	0.317
	EMMA	7.80	0.84		
Útil en otros problemas	Trad	8.20	1.48	-1.41	0.157
	EMMA	8.60	1.14		
Útil para los pacientes	Trad	7.80	0.45	0	1
	EMMA	7.80	1.09		
Aversivo	Trad	0.80	1.79	0	1
	EMMA	0.80	0.84		

## **9.7. OPINIONES Y COMENTARIOS CUALITATIVOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO POR PARTE DE LOS PARTICIPANTES Y DE LOS TERAPEUTAS**

### **9.7.1. Opinión cualitativa de los participantes**

Al finalizar el tratamiento se les pidió a los participantes que respondieran algunas preguntas relacionadas con el tratamiento y que incluyeran, además, cualquier otro comentario que consideraran importante. De los 19 participantes que respondieron a esta solicitud todos manifestaron haber mejorado, en mayor o menor grado, gracias al tratamiento (tanto aquellos que recibieron la condición tradicional como los de la condición EMMA) y todos dijeron haber adquirido la certeza de que es posible superar los problemas. Por lo que respecta a las técnicas que más les habían ayudado, los participantes de la condición Tradicional destacaron la exposición, la posibilidad de escribir y ordenar la historia mediante el libro de la vida, el aprender a escucharse y sentir con las técnicas de aceptación, el plantearse los problemas como fuentes de aprendizaje y el sentir el apoyo del terapeuta. En cuanto a los participantes de la condición EMMA, éstos coincidieron en que las técnicas anteriores les resultaron de gran utilidad y añadieron que EMMA les ayudó mucho en el proceso de ordenar, sentir y aceptar lo que les había ocurrido. A continuación se expondrán algunos de los comentarios de los pacientes, junto con el acontecimiento estresante que habían vivido.

#### **Condición de tratamiento Tradicional:**

**P. 38.** *Bulling en la universidad por parte de un profesor.* Como cambios percibidos tras el tratamiento este participante indicó: “Me siento con esperanza, ilusión, algo de confianza en mí mismo. Me siento capaz, sé decir NO...no pienso dejar ni permitir que ninguna otra persona me vuelva a tratar así en la vida...”. Sobre las habilidades que consideraba que necesitaba practicar anotó: “aceptarme, quererme, afirmarme, despersonificar, reprogramar mi cabeza hacia el optimismo. Sobre todo, llevar a cabo mi plan de pequeñas prácticas personales para afrontar las dificultades poco a poco, como una hormiguita”

**P. 57.** *Conflictos con la pareja.* Ante la pregunta de cómo se siente ahora en comparación con cómo se sentía antes de iniciar la terapia esta participante

comentó: “Ahora, por lo menos, soy capaz de aceptar lo sucedido y comprender que aunque no puedo cambiarlo he de vivir con ese recuerdo, pero de manera que no me haga daño. Cuando llegué a terapia estaba como colapsada. Sólo pensaba en lo sucedido y cuando alguna situación similar sucedía en el presente me acordaba de la primera a la última. Ahora puedo, en la medida de lo posible, tratarlas como batallas independientes y soy capaz de hacerle entender a mi pareja que es lo que me ha molestado...”. En cuanto a las técnicas o partes del tratamiento que le habían resultado más útiles dijo: “el libro de la vida y la ayuda del terapeuta. No es lo mismo explicar de forma oral lo sucedido que plasmarlo en un papel. Y, además, ordenarlo en el tiempo y seccionarlo en etapas. Parece una tontería pero da la sensación que al acotar una etapa y empezar una nueva te ayuda a cerrarla y a asimilar mejor lo sucedido...”

**P. 64.** *Conflicto con un miembro de la familia en la infancia.* En relación al tratamiento esta participante comentó que: “...el hecho de rememorarlo y de hablar sobre ello repetidamente me ha ayudado a desmitificarlo y a entenderlo...Pero a nivel emocional me cuesta “perdonarme” de verdad a mí misma, liberarme de toda la culpa y la vergüenza...”. Respecto a las técnicas que le fueron más útiles comentó: “la resolución de problemas de Popper me gustó mucho, tal vez por el hecho de ver como un lenguaje científico puede adaptarse a una terapia psicológica. Me gusta la ciencia...y, por tanto, un planteamiento simple, claro y conciso, como el de “la vida es resolver problemas” me resultó muy útil y se convirtió en una buena consigna”. “La técnica de la exposición fue un pieza clave para mí...es la única manera de pasar de la comodidad de las palabras a la evidencia de los hechos...”

**P. 65.** *Conflictos con un miembro de la familia.* Por lo que respecta a las técnicas o partes del tratamiento que le habían resultado útiles esta participante comentó: “los cuestionarios porque me hacen darme cuenta de cuál era mi estado emocional, y ver qué era lo que sentía. Así he aprendido a reconocer mis propios sentimientos y tener conciencia de lo que siento en cada momento”. Respecto a si había habido algo que no le pareciera útil dijo: “no me parece útil lo breve que es el tratamiento...más en mi caso...que tengo muy reciente esta superación y que, además, sigo teniendo continuos problemas relacionados con el problema inicial...”

**P. 68.** *Ruptura sentimental.* La participante señaló que en comparación a cómo se sentía antes de empezar la terapia: “Ahora me siento mucho mejor, viva. Pensaba que no podría salir de ninguna manera del “hoyo” en el que estaba metida...sin embargo ahora me siento dueña de mí misma, con ganas de hacer cosas, independiente... La mayor dificultad ha sido enfrentarme al problema.... Pero ahora creo que he hecho bien encarándolo. Considero que huir o alejarme del problema no era la solución. Pero no ha sido fácil...”

### **Condición de tratamiento EMMA:**

**P. 29. *Despido laboral.*** Este participante anotó que tras el tratamiento: “Estoy mucho más tranquilo y han desaparecido los sentimientos de culpa y de rabia. Tengo mejor relación con mi familia y veo las cosas con más optimismo. En relación a las técnicas o partes del tratamiento que le habían resultado más útiles dijo: “La parte de la realidad virtual me ha ayudado a vencer mi timidez”

**P. 30. *Mobbing en el trabajo por parte del superior.*** Esta participante dijo en respuesta a cómo se sentía antes y cómo se sentía después del tratamiento: “Creo que el cambio es enorme. Pasé por una etapa dura y difícil, un periodo en el que perdí por completo el control de la situación y también de mis sentimientos, pero ahora me encuentro mucho más fuerte, con más confianza y sobre todo con optimismo de cara al futuro”. Respecto a las técnicas comentó que: “...desmenuzar la situación vivida a través de imágenes, símbolos, etc...” le había ayudado mucho.

**P. 33. *Muerte de la pareja.*** Ante los cambios experimentados tras el tratamiento esta participante escribió: “Desde que empecé el programa mi vida dio un cambio radical, mi querida EMMA, que tantas lágrimas y sudores me costó, ha sido una de las mejores experiencias de mi vida. Cambios muchos, he aprendido sobre todo a sobrevivir, a ver que la vida sigue, que los malos pensamientos desaparecen, que las experiencias vividas se pueden ver desde otro punto de vista y, sobre todo, a ser una persona mejor y más tolerante”. Respecto a las técnicas que le habían sido más útiles comentó: “No sabría que técnicas han sido más útiles, en cada momento he intentado hacer lo que mi terapeuta me enseñaba, destacaría como plato estrella a EMMA, un mundo al que no quieres volver pero que al regresar ves que afrontando lo que ves en él puedes seguir adelante...”.

**P. 34. *Muerte de un hermano.*** Lo que esta participante resaltó en relación a los progresos que había realizado fue: “he ganado confianza en mí misma; ahora sé que los problemas son una parte de avanzar en la vida y superarte como persona, son lecciones de vida; también he aprendido a experimentar y sentir mis emociones, que no pasa nada por estar triste, es sólo una emoción del momento. Por otra parte, manifestó que: “he aprendido a aceptar la muerte de mi hermano y poder vivir mejor recordando, también, las cosas buenas que él me enseñó y que quiero seguir recordando”. En cuanto a las técnicas o partes del tratamiento que le resultaron más útiles esta participante señaló: “el Mundo de EMMA me ha resultado útil a la hora de aceptar con otra perspectiva la muerte de mi hermano. Las sesiones de audio y las explicaciones del terapeuta también me han resultado muy útiles”. En cuanto a las habilidades que consideraba necesitaba practicar más dijo: “ser constante en las ganas de vivir..., encontrar siempre un significado positivo en las cosas”

**P. 37. Problemas de relación con la madre y cambio de país de residencia.** En relación al tratamiento esta participante comentó: “Me hizo muy bien poner cada cosa en su sitio...porque me reubicó de nuevo en mi mundo, cambió mi perspectiva de quién puedo ser. Ahora veo que mis limitaciones también pudieron ser una ilusión, que puedo llegar más allá de lo que creía que podía”. En relación al futuro comentó: “..Me queda mucho camino aún, pero he comenzado a visualizar que en mi interior vive una mujer fuerte, no aquello tan débil que pensaba que era”. En cuanto a las técnicas que más le ayudaron dijo: “expresar lo que fue mi vida por medio de imágenes, poder representar gráficamente como estaba y hablar de ello”.

**P. 41. Divorcio.** Por lo que respecta a la manera en la que se sentía esta participante en relación al acontecimiento tras llevar a cabo la terapia escribió: “Ahora me siento más segura de mí misma, más valorada por mí misma, más libre, más valiente, más positiva respecto al futuro, aunque reconozco que no han desaparecido por completo los sentimientos de tristeza, pérdida y soledad que sentí cuando empecé la terapia. Se trata de momentos puntuales, pero en ningún caso me provocan la ansiedad y el malestar que me provocaban al principio. En relación a la utilización de la RV comentó: “...en alguna sesión me ha costado encontrar símbolos, ambientes o imágenes que se adaptaran a mis sentimientos. Sólo en algunas sesiones me he sentido dentro del ambiente elegido...” Asimismo comenta: “recuerdo como muy útiles algunas sesiones de realidad virtual; en mi caso concreto la número 5, por todas las emociones que sentí...” “También sentía un alivio brutal cuando en la sesión de realidad virtual la “destructora” (procesador emocional) hacía desaparecer “mi problema”.

**P. 43. Accidente automovilístico.** La manera en que esta participante reflejó cómo se sentía después de la terapia fue al siguiente: “Me siento aliviada, es como si me hubiera deshecho de una mochila muy pesada”. Los cambios que informó haber experimentado fueron: “ahora ya no me vienen flashes del accidente. He aprendido a pensar en positivo y que algún día lo conseguiré. Que no es imposible”. Para esta participante: “poder utilizar imágenes para poder describir mis sentimientos y mi estado de ánimo...” fue la parte considerada como más útil del tratamiento.

**P. 46. Ruptura y problemas con el grupo de amigos.** La manera en que esta participante manifestó los cambios que había experimentado con el tratamiento fue la siguiente: “...ahora mismo me encuentro muchísimo mejor que al inicio de la terapia. Pensaba que no iba a poder salir de esa situación, que no era capaz y que no cambiaría nada, pero no ha sido así, he cambiado yo, he aprendido mucho de mí misma, me siento con muchas fuerzas...” “He pasado de sentimientos de angustia, soledad, tristeza, apatía... a sentimientos de optimismo, con ganas de hacer cosas nuevas, y las ya conocidas hacerlas de otra manera si no funcionaba, me siento más llena de energía, más contenta y

más feliz”. Respecto a las técnicas explicó que: “La exposición me ha resultado muy útil, porque yo muchas veces evitaba las situaciones que me daban miedo. También el Mundo de EMMA y el libro de la vida, porque reflejaban cómo me sentía en cada momento y me ayudaban a comprender los errores que había cometido durante todo este tiempo...”

**P.50.** *Accidente deportivo con negligencia de un tercero.* Los cambios en los pensamientos y las emociones que este participante experimentó como resultado del tratamiento los describió de la siguiente manera: “Lo más importante es que ese sentimiento de rabia y resentimiento, aunque todavía está ahí, tiene mucha menos intensidad. No me dejaba ver otras cosas muy importantes que ahora sí veo”. Respecto a lo que aprendió durante el transcurso de la terapia comentó: “Creo que lo más importante que he aprendido es que por muy desesperado que uno se sienta, siempre se puede con la ayuda de los demás recuperar la ilusión y la esperanza. Se puede salir del “agujero” por muy profundo que parezca”.

**P. 52.** *Ruptura sentimental.* Lo que este participante manifestó haber aprendido fue: “He aprendido a vivir cada momento de una manera diferente, lo cual desde mi punto de vista se traduce en sentir más, detenerme a respirar, ver, oler y experimentar las vivencias de forma más pausada. Por otra parte, he incorporado una nueva herramienta a mi vida y es la capacidad de dejar fluir los sentimientos aún cuando de ellos pueda surgir el dolor. No resistirme a sentir es la mejor manera de crecer y poder avanzar”. En cuanto a la realidad virtual comentó: “El trabajo con EMMA me ha llevado a situaciones de relax y estados de tranquilidad desde los cuales he podido ver y razonar lo que me sucedió desde una perspectiva más clara, pudiendo de esta manera sacar experiencias positivas para poder seguir adelante”.

### **9.7.2. Opinión cualitativa de los terapeutas**

A continuación se ofrece de forma resumida la información cualitativa aportada por los terapeutas relacionada con aquellos aspectos que consideraban más positivos y más negativos de cada una de las dos condiciones de tratamiento que habían aplicado. En primer lugar se presentan los aspectos positivos y negativos de la condición Tradicional y a continuación los aspectos positivos y negativos de la condición EMMA.

### **Aspectos positivos condición tradicional**

*Requerimientos:* No necesitas entrenamiento adicional

*Formato de trabajo más conocido:*

- El paciente está más habituado a este modelo de terapia.
- El paciente se adapta más rápidamente a esta forma de trabajar.

*Facilidad de aplicación:*

- Las sesiones por lo general se hacen más cortas y se aprovecha mejor el tiempo al no tener que utilizar tecnología (se pierde tiempo en moverse en el entorno, en colocar símbolos en las peanas, escoger la música, etc.).
- Más ágil y flexible a la hora de aplicar.
- No hay problemas técnicos que dificulten la sesión de terapia.

*Mayor riqueza en comunicación no verbal (CNV):*

- Mayor contacto entre el paciente y terapeuta al estar cara a cara todo el tiempo en sesión por lo que ambos reciben mayor información a través de la CNV.
- El contacto cara a cara con el paciente permite ver sus reacciones y su CNV.
- Mayor contacto.

*Mayor evidencia de efectividad:* Hay más evidencia de efectividad en estudios tradicionales que con nuevas tecnologías.

### **Aspectos negativos condición tradicional**

*Requerimientos:* El terapeuta tiene que intervenir más.

*Formato de trabajo menos estructurado:*

- Es más fácil desviarse de los capítulos de la vida al no tener la referencia visual del objetivo a trabajar en cada momento.
- La percepción de las sesiones es más larga.

*Menor grado de impacto emocional*

- No se utilizan símbolos, ni música, ni ningún otro elemento que ayude al paciente a entrar en contacto con el suceso estresante y con sus emociones.
- La evocación y la manifestación de las emociones sucede de una forma más artificial, más forzada.
- A algunos pacientes les cuesta entrar en contacto y evocar sus emociones.
- Al paciente le resulta más fácil evitar determinadas emociones o evitar recordar ciertas experiencias puesto que no está inmerso en un contexto emocional y no lo tiene representado delante de él, sólo está en su cabeza.

*Ofrece menos recursos:* En pacientes con baja imaginación el trabajo se hace más difícil

### **Aspectos positivos condición EMMA**

#### *Formato de trabajo más estructurado*

- El espacio generado ayuda a centrar el trabajo.
- El sistema ayuda a centrar la atención del paciente y, quizás, mejore la retención en memoria y el aprendizaje.

#### *Facilitación emocional y cognitiva*

- Facilidad para el paciente de reflejar sus emociones a través de los símbolos.
- Explicitar emociones a través del entorno.
- Se crea un contexto emocional que facilita la inmersión y el contacto del paciente con su experiencia o suceso estresante.
- Facilita al paciente el contacto con sus emociones y experiencias y la evocación de las mismas.
- Permite la exposición a las emociones, recuerdos, situaciones o personas en sesión (p. ej. fotografía de la ex pareja del paciente). Es más difícil la evitación aquí que en la tradicional porque el paciente está constantemente visualizando delante suyo la representación de su problema y de sus emociones por lo que escapar a ellas es más complicado en EMMA.
- Los símbolos ayudan a explorar cogniciones y emociones no conscientes.

#### *Novedoso*

- Incorpora TICs a los tratamientos psicológicos.
- Sesiones más impactantes, novedosas, originales y dinámicas.
- Sesiones más amenas para el terapeuta y el paciente.

#### *Proporciona recursos adicionales*

- Puedes guardar la configuración de cada sesión.
- Crea un ambiente de trabajo especial que favorece la inmersión.
- El terapeuta puede observar el estado emocional de su paciente a través del entorno, los símbolos, la música, las fotos, etc. que éste ha escogido.
- Muy bueno para trabajo con símbolos e imágenes.

### **Aspectos negativos condición EMMA**

*Requerimientos:* Implica un entrenamiento adicional para el terapeuta.

#### *Formato de trabajo menos conocido*

- Algunos pacientes no se sienten cómodos.
- Hay pacientes que lo ven artificial y buscan el contacto cara a cara.

#### *Menor riqueza en comunicación no verbal*

- Existe menor contacto visual entre el paciente y el terapeuta por lo que se puede perder información de la comunicación no verbal de ambos.
- No se pueden observar directamente las reacciones del paciente.

*Problemas y limitaciones de la tecnología*

- El ambiente de RV a veces tarda mucho en cargarse o no va.
- Ocurren fallos técnicos del programa, de los ordenadores o de los proyectores. Estos fallos técnicos producen cortes en la sesión que hacen salir al paciente y terapeuta del contexto en el que se encontraban y pueden afectar la alianza terapéutica, además, hacen perder tiempo hasta que se solucionan.
- La interfaz de usuario no es ágil: en la selección de los símbolos, música. etc. se pierde bastante tiempo, al igual que en su colocación en la peana o en el libro de la vida.
- No es una tecnología accesible para todos.

*Influencia en la relación terapéutica:* La relación terapéutica no es tan directa.



## 10. DISCUSIÓN

El objetivo principal de la presente tesis fue someter a prueba un protocolo que permitiera realizar la evaluación y el tratamiento de aquellas personas que, tras haber sufrido una experiencia adversa y estresante en sus vidas, hubieran desarrollado un TA. La principal aportación del trabajo reside en que se trata de un estudio controlado que ofrece datos acerca de la eficacia de dicho protocolo para abordar un trastorno caracterizado en la literatura por la escasez de estudios e instrumentos. El análisis y la descripción de los resultados obtenidos en el estudio constituirán la primera parte de esta discusión. A continuación, se profundizará en aquellos aspectos que la inclusión de la RV ha aportado al protocolo. Posteriormente, se presentarán algunas reflexiones acerca de las experiencias que pacientes y terapeutas han tenido en relación a la aplicación del protocolo de tratamiento puesto a prueba en el presente estudio. Finalmente, se comentarán las limitaciones que presenta la investigación que hemos llevado a cabo y se perfilarán las líneas futuras que se han derivado de la misma.

El primero de los objetivos del estudio que vamos a comentar se dirigió a analizar la eficacia del protocolo de tratamiento para los TA aplicado de forma tradicional y aplicado con la ayuda de la RV. Los análisis llevados a cabo indicaron que la situación de los participantes, antes *versus* después de la aplicación del tratamiento, en ambas condiciones experimentó un cambio estadísticamente significativo en todas las variables clínicas que se incluyeron en el estudio que, además, presentaron un tamaño del efecto grande (la interferencia y gravedad causadas por el problema; los objetivos terapéuticos establecidos específicamente para cada caso; las medidas específicas de los síntomas de duelo o pérdida; las medidas de psicopatología general; las medidas de autoeficacia y autoestima; y la medida que recogía el crecimiento psicológico que la persona había experimentado a partir de la experiencia adversa vivida).

Por su parte, los análisis destinados a valorar el cambio clínicamente significativo de la intervención mostraron que: alrededor de un tercio de los participantes mejoró significativamente en relación al afecto, tanto positivo como negativo (medidos con el Panas- y +); aproximadamente el 50% lo hicieron en relación al estado de ánimo (medido por el BDI-II) y al crecimiento experimentado como consecuencia del acontecimiento vivido (medido a través del PTGI); y que entre el 60 y el 80% de la muestra mejoró de forma muy importante en relación a los objetivos terapéuticos establecidos. Por último, en relación a la medida que recogía el cambio clínico global experimentado por cada participante, esto es el ICC, cabe señalar que entre el 67 y el 94% de la muestra había mejorado en, al menos, 3 de los 5 instrumentos seleccionados para evaluar el alcance del cambio. En relación al bajo porcentaje de participantes que evidenciaron una mejoría clínicamente significativa en el instrumento utilizado para medir el afecto positivo y negativo (PANAS, Watson, Clark y Tellegen, 1988) pensamos que esto podría estar relacionado con el hecho de que, en muchos casos, la situación estresante continuaba presente en la vida de algunos de los participantes. Además, la versión que se utilizó en el presente estudio fue la versión situacional (los participantes debían responder en función de cómo se encontraban en ese momento), lo cual puede haber dado lugar a resultados afectados en mayor medida por acontecimientos cotidianos y hechos puntuales. Este razonamiento se ve reforzado por el hecho de que las variables relacionadas con el afecto directamente vinculadas al problema de cada participante sí mostraron cambios significativos, tanto desde el punto de vista estadístico como clínico, tras la intervención (por un lado las emociones predeterminadas por el estudio para evaluar tanto su relevancia al pensar en el acontecimiento como referidas a la experiencia emocional general de la semana, como la intensidad de las emociones más perturbadoras experimentadas por cada uno de los participantes).

Finalmente, señalar que estos resultados van en la línea de los obtenidos por otros estudios previos llevados a cabo por el grupo (Andreu-Mateu et al., en prensa; Baños et al., 2008; Baños et al., 2011; Guillén, 2008) y confirman, tanto la bondad de nuestro protocolo de tratamiento como la de las

directrices generales propuestas por otros autores en relación al abordaje terapéutico de los TA y que guiaron la construcción de dicho protocolo (Andrews, 1995; Benton y Linch, 2006; Strain, 1995; Strain y Diefenbacher, 2008).

Por tanto, podemos concluir que la **primera hipótesis** referida a que las dos condiciones utilizadas para aplicar el protocolo de tratamiento para los TA (tradicional y apoyada por la RV) darían lugar a cambios estadísticamente significativos en la situación clínica de los pacientes y que se encontrarían mejorías, antes frente a después de la aplicación del tratamiento en las medidas clínicas utilizadas se ha cumplido satisfactoriamente.

El segundo de los objetivos que nos planteamos fue comparar la eficacia de las dos estrategias utilizadas para la aplicación del protocolo de tratamiento (tradicional y apoyada por la RV) frente a un grupo control lista de espera. En este caso los resultados mostraron que, en prácticamente todas las variables analizadas, se produjo un efecto de interacción cuyo análisis reveló que los participantes en ambas condiciones de tratamiento mejoraron de forma similar y significativamente más que los participantes de la condición control lista de espera. Las excepciones a este respecto las constituyeron las medidas del afecto positivo, de la autoeficacia y de la autoestima. En el caso del Panas + se observa que las puntuaciones de ambos grupos de tratamiento mejoraron pero que también lo hizo, aunque en menor grado, la puntuación del grupo control. La mejoría evidenciada por el grupo control fue bastante pequeña por lo que podría constituir un efecto puramente azaroso, aunque, también podría tener relación con una circunstancia inherente al proceso de evaluación y comentada por algunos pacientes, a saber, que hablar sobre lo que les había ocurrido y reflexionar sobre las conductas, pensamientos y sentimientos asociados (siguiendo el procedimiento para determinar los objetivos terapéuticos a evaluar) les había ayudado a “*darse cuenta de cosas*” y a sentirse un poco mejor. Por su parte, en el caso de la autoeficacia y la autoestima, a pesar de que la mejoría se dio únicamente en los grupos de tratamiento, el cambio en los valores de las puntuaciones fue relativamente pequeño. Sin embargo, a pesar de que el efecto de la interacción no fue estadísticamente

significativo en estas variables, el tamaño de dicho efecto sí fue importante (medio para el Panas + y grande para la autoeficacia y la autoestima). Ello implica que la ausencia de diferencias estadísticamente significativas podría estar reponiendo más al relativamente reducido número de participantes en las 3 condiciones que a la ausencia real de diferencias entre los grupos. Además, hay que tener en cuenta que las puntuaciones medias encontradas en relación a estas variables antes del tratamiento fueron bastante elevadas, especialmente para el Panas + y la autoestima y cercana a la puntuación media de la escala en relación a la autoeficacia. Mientras que las emociones positivas relacionadas con el acontecimiento y con la experiencia emocional general evaluada durante la semana, que sí presentaban puntuaciones bajas en la evaluación pre-test experimentaron una mejoría significativa tras la aplicación del tratamiento. En cualquier caso, estos resultados nos han llevado a reflexionar. Si bien consideramos que, de manera general, el protocolo desarrollado resulta adecuado y que desde un punto de vista teórico se ajusta a los aspectos que consideramos relevantes en los TA, también creemos que es necesario hacer un mayor esfuerzo en relación a los aspectos más aplicados. Por ejemplo, plantearnos qué técnicas realmente son necesarias, cuál es la mejor manera de llevarlas a cabo y cuál sería la secuencia que ofrecería una mejor optimización de las mismas; así como dedicar una atención especial a la forma de lograr aumentar el afecto positivo y las capacidades de afrontamiento de las personas que padecen un TA.

Por lo tanto, también en este caso podemos decir que la **segunda hipótesis** referida a que las dos condiciones utilizadas para aplicar el protocolo de tratamiento para los TA serían más eficaces que el grupo control lista de espera, ha recibido evidencia que la apoya a través de los datos obtenidos en el estudio.

A continuación comentaremos los resultados obtenidos en relación al tercero de los objetivos planteados por el estudio, esto es, comparar la eficacia diferencial del protocolo de tratamiento en función de su forma de aplicación (tradicional *versus* apoyado en la RV). Los análisis estadísticos llevados a cabo indicaron que ambas condiciones de tratamiento mejoraron en igual

medida entre el pre y el post-tratamiento y que dicha mejoría fue muy importante, como lo pone de manifiesto el gran tamaño obtenido por el efecto momento en todas las variables analizadas. En cuanto a los seguimientos, los datos indicaron que los resultados positivos obtenidos tras el tratamiento se mantuvieron en el tiempo sin que se observaran diferencias estadísticamente significativas entre ambas condiciones. Por su parte, los datos aportados por los índices de cambio clínicamente significativo mostraron que tras el tratamiento ambas condiciones obtuvieron resultados similares en las variables generales del afecto negativo y positivo y del crecimiento postraumático, mientras que en relación a los objetivos terapéuticos y el Índice Compuesto de Cambio (ICC) la condición tradicional fue superior (con la excepción de los objetivos relacionados con la evitación y el malestar de la conducta principal). Sin embargo, a más largo plazo lo que se observa es una clara superioridad de la condición EMMA en todas las variables, exceptuando el caso del PTGI (en el que los resultados en ambas condiciones fueron similares) y el del grado de creencia en el pensamiento irracional (en el que la condición tradicional fue superior). En relación a éstas dos excepciones consideramos que los resultados podrían estar relacionados con el hecho de que en ambas variables el componente cognitivo juega un papel muy importante. Sería posible pues que, debido a las características inherentes a cada condición, en el grupo que contó con el apoyo de la RV se le dedicara más atención al trabajo emocional, mientras que en el grupo tradicional se trabajara más con el apoyo de las estrategias de discusión y trabajo cognitivo, y que ello se hubiera reflejado en las puntuaciones de estas variables.

En conjunto, pues, podemos concluir que la **tercera hipótesis** que planteamos en el estudio también se confirmó ya que ambas condiciones de tratamiento fueron igualmente eficaces teniendo en cuenta los cambios estadísticamente significativos. No obstante, hay que añadir que la condición EMMA fue claramente superior respecto al cambio clínicamente significativo cuando se tienen en cuenta los resultados de la intervención a largo plazo.

El cuarto de los objetivos que nos planteamos al realizar el diseño de la presente tesis fue comprobar si los cambios que esperábamos conseguir con la aplicación de las dos condiciones del protocolo de tratamiento se mantendrían en el tiempo. En este sentido encontramos que, en la mayoría de los casos, las puntuaciones que reflejaban la mejoría experimentada por los participantes tras el tratamiento se mantuvieron estables en los seguimientos y que incluso, en algunos casos, dicha mejoría se incrementó todavía más de forma significativa. Particularmente relevantes son los incrementos de las puntuaciones observados en el seguimiento a más largo plazo en las variables que miden la interferencia y la gravedad del problema y en el malestar que provocaban los pensamientos intrusivos relacionados con el acontecimiento estresante. Estos resultados confirman el logro de los objetivos perseguidos por el protocolo de tratamiento, a saber, que la persona fuera capaz de superar el problema que la estaba limitando y que adquiriera las herramientas necesarias para seguir afrontando y mejorando con las dificultades inherentes al hecho de vivir y afrontar los acontecimientos que se nos presentan a los seres vivos.

Estos resultados se suman a la evidencia presentada en otros estudios sobre el mantenimiento de los efectos logrados por los tratamientos psicológicos en otro trastorno relacionado con el estrés, el TEPT (Foa, Keane y Friedman, 2000; Harvey, Bryant y Terrier, 2003; Rothbaum et al., 2006). En el caso del TA, hay escasa literatura respecto al mantenimiento de los resultados terapéuticos, por lo que los datos obtenidos en este trabajo adquieren mayor relevancia. Por otro lado, nuestros resultados ofrecen apoyo adicional en relación a los efectos positivos y duraderos que la inclusión de las nuevas tecnologías está teniendo en el ámbito de los tratamientos psicológicos (Anderson et al., 2006; Botella et al., 2007; Emmelkamp et al., 2002; Rothbaum, Hodges, Anderson, Price y Smith, 2002; Ready, Pollack, Rothbaum y Alarcón, 2006). Sin embargo, como señalan Powers y Emmelkamp (2008) y Meyerbröker y Emmelkamp (2010), todavía hace falta llevar a cabo más estudios controlados como éste antes de que la utilidad de la RV en los tratamientos psicológicos quede definitivamente establecida.

Como conclusión, por tanto, podemos decir que también en relación a la **cuarta** de las **hipótesis** planteadas, relativa a sí los resultados obtenidos en las dos condiciones de tratamiento se mantendrán en los seguimientos, hemos encontrado resultados que la avalan.

Finalmente, analizaremos los resultados relativos al quinto y último de los objetivos que tuvimos en cuenta, esto es, analizar la eficiencia (entendida como aceptabilidad) de las dos estrategias utilizadas para llevar a cabo la aplicación del protocolo de tratamiento. La evidencia tenida en cuenta en relación a este objetivo procedió de los resultados referidos a las expectativas y la satisfacción de los participantes en relación a la condición de intervención a la que habían sido asignados. Además, se contó también, *a posteriori*, con los resultados referidos a las preferencias manifestadas por los participantes sobre cuál de las dos condiciones hubieran preferido recibir en caso de haber podido elegir y se registró la opinión de los terapeutas en relación a las dos condiciones de tratamiento que habían aplicado. En relación a los resultados, tanto por lo que se refiere a las expectativas como la satisfacción de los participantes, se encontró que las valoraciones fueron muy elevadas para ambas condiciones de tratamiento sin que se evidenciaran diferencias estadísticamente significativas entre ellas. Sin embargo, esta ausencia de diferencias podría estar poniendo de manifiesto un efecto techo, como consecuencia de que ambas condiciones habían sido eficaces a la hora de mejorar el problema de los participantes.

En cuanto a los resultados del análisis de preferencias se observó que la condición EMMA fue escogida por un número mayor de participantes evidenciando que, de entrada, esta tecnología es muy bien valorada, aunque esta diferencia no llegó a ser estadísticamente significativa. Ello indica, como muestran estudios previos (Baños, Botella, Guillén, García-Palacios, Quero, Bretón-López y Alcañiz, 2009; Botella, Baños, Rey et al., 2006), que las nuevas tecnologías resultan atractivas y son bien aceptadas aunque, como veremos más adelante, también presentan algunos aspectos negativos. Otro efecto que se observó en relación a las preferencias fue que la mayoría de los participantes manifestó preferir aquella condición que efectivamente había

recibido. Este resultado es esperable si tenemos en cuenta, primero, que los participantes únicamente habían tenido experiencia directa con una de las dos condiciones de tratamiento y que para formarse una idea de la otra condición únicamente contaron con una breve explicación teórica y con dos secuencias de video cortas que simulaban como se llevaba a cabo el tratamiento en cada una de las dos condiciones. Y segundo, el hecho de que en la mayor parte de los casos la intervención realmente había resultado eficaz (en ambas condiciones) a la hora de mejorar la situación clínica de los participantes. En este caso, es lógico pensar que cuando algo nos funciona bien estamos más predispuestos a preferirlo frente a otra alternativa en relación a la cual no tenemos experiencia ni conocimiento directo. Otro hecho que también se puso de manifiesto, junto a la tendencia a preferir la condición EMMA frente a la condición tradicional, fue que la petición de responder al cuestionario de preferencias fue atendida por un mayor número de participantes de la condición que utilizó la RV. Estos datos van en la línea de los encontrados en el estudio controlado anterior que utilizó el sistema de EMMA para tratar pacientes con TEPT, DC y TA (Guillén, 2008; Baños et al., 2009) y en otro estudio llevado a cabo con pacientes que sufrían algún tipo de fobia específica (García-Palacios et al., 2007). A pesar de todo, los datos relativos a las preferencias de nuestro estudio deben ser tenidos en cuenta a título orientativo pues, tanto el momento de su recogida (*a posteriori*), como el tamaño de la muestra (no respondieron todos los participantes) limitan la generalización de los mismos.

Por lo que respecta a la opinión de los terapeutas, éstos también informaron de estar muy satisfechos con las dos condiciones de tratamiento que habían aplicado, sin que se evidenciaran diferencias estadísticamente significativas entre los mismos. En este sentido, las aportaciones cualitativas de los clínicos revelaron que ambas condiciones tenían aspectos positivos, pero también aspectos negativos que comentaremos en detalle más adelante y que constituyen una información muy valiosa en relación a nuestro objetivo de mejorar el funcionamiento del protocolo y de la herramienta virtual que hemos diseñado.

Por lo tanto, los datos referidos a la **quinta y última hipótesis** indican que, efectivamente, ambas condiciones de tratamiento fueron bien valoradas y aceptadas tanto por los pacientes como por los clínicos que las llevaron a acabo y que, además, se observó una cierta tendencia, aunque ésta no fue estadísticamente significativa, en relación a la preferencia de los participantes por la condición apoyada por las nuevas tecnología frente a la condición tradicional, así como el hecho de que la condición EMMA fue evaluada, también, como ligeramente menos aversiva.

En resumen, a partir de todos los datos aportados hasta el momento por este estudio podemos afirmar que el protocolo que hemos diseñado para el tratamiento de los TA se ha mostrado eficaz a la hora de mejorar la situación clínica de los pacientes tratados con el mismo, que la mejoría lograda se ha mantenido en el tiempo (al menos durante los 6 meses posteriores a la intervención) y que ha sido bien aceptado y valorado por los pacientes y los terapeutas. En relación a la eficacia de las dos modalidades en la que se ha aplicado dicho protocolo, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ellas y ambas han demostrado ser superiores a la no intervención y capaces de producir efectos perdurables a medio plazo. Sin embargo, los resultados de las medidas relativas a la magnitud del efecto producido y al cambio clínicamente significativo muestran que en relación a la perdurabilidad de la mejoría conseguida con el tratamiento en el tiempo, la condición apoyada en la RV ha sido superior a la condición aplicada de forma tradicional.

Por lo que se refiere al protocolo de tratamiento, nos gustaría comentar algunas cuestiones que consideramos relevantes. En primer lugar, quisieramos hacer una reflexión acerca del elevado número de componentes incluidos en el el protocolo. Por una parte, esta característica constituye una limitación evidente a la hora de poder determinar la proporción de cambio atribuible a cada uno de los componentes del tratamiento. Sin embargo, por otro lado, esta circunstancia responde a la necesidad de dar respuesta a un trastorno tan heterogéneo como poco conocido como es el TA. En el marco teórico ya se puso de manifiesto que existen muchas dificultades y deficiencias en torno a

los criterios diagnósticos que definen el trastorno en la actualidad. Los TA constituyen una categoría difícil de acotar, circunstancia a la que contribuyen, tanto la gran variabilidad de acontecimientos que pueden desencadenarlo como la diversidad en las características de las personas que lo padecen. Por lo tanto, en el diseño del protocolo se planteó la conveniencia de incluir una serie de componentes que pudieran dar respuesta a la variabilidad de las manifestaciones clínicas observada en este trastorno. Cabe señalar que este objetivo, según indican los resultados obtenidos, ha sido alcanzado con éxito. La perspectiva que ahora nos planteamos se centra en llevar a cabo estudios adicionales utilizando estrategias de desmantelamiento de manera que sea posible dilucidar qué componente o componentes resultan centrales y cuál o cuáles sería posible eliminar para mejorar la situación clínica de los pacientes. A este respecto, las observaciones realizadas en el presente estudio respecto a las técnicas paliativas propuestas ya permiten concluir que éstas no son necesarias, ya que se utilizaron únicamente en un número muy reducido de participantes (cuatro de los treinta participantes tratados). Debido a ello, consideramos que sería conveniente excluirlas del protocolo general y dejar que sea el clínico quien estime si en algún caso pudiera ser conveniente utilizar alguna de ellas.

En relación al resto de técnicas y estrategias del protocolo, la experiencia de los clínicos y las manifestaciones de los participantes indican que ciertos aspectos han sido claramente muy útiles. En primer lugar, y referido al marco de la psicoeducación, para los participantes fue muy importante comprender qué les ocurría y, también, vivenciar que a partir del acontecimiento estresante habían podido aprender de sí mismos y reconocer que afrontar las dificultades como retos y oportunidades les había ayudado a mejorar. Ahora bien, también es cierto que para algunos pacientes fue difícil llegar a apreciar la posibilidad de aprender o crecer psicológicamente a partir de la experiencia. Cabe subrayar que esto se observó, sobre todo, en el caso de los fallecimientos de familiares o de amigos y en algunas rupturas. En estos casos, el componente más útil fue el trabajo dirigido a encontrar la manera de seguir viviendo sin aquella persona y hallar un lugar, dentro de uno mismo, en

el que mantener vivo el recuerdo y las experiencias compartidas con el ser querido que ya no está.

Por lo que respecta al componente de la aceptación, el afrontamiento y el aprendizaje destaca, por una parte, la utilidad de las estrategias de aceptación para poder permitir el contacto con el recuerdo y las emociones dolorosas. Los pacientes tenían mucho miedo a sentir y el hecho de constatar que, poco a poco, iban siendo capaces de tolerar y manejar estas emociones les permitió abrirse más a la experiencia interna dejando espacio para que otras emociones más positivas afloraran. Por su parte, el trabajo sobre el significado del acontecimiento fue capaz de transmitir la visión de que los problemas constituyen una parte esencial de la vida y son una fuente de aprendizaje, crecimiento y superación. Normalizar el hecho de tener problemas y adoptar una actitud de intentar aprender a partir de ellos fue otra de las cosas que los participantes más valoraron. Además, el hecho de clarificar el significado y las implicaciones del suceso vivido permitió ir descubriendo los errores que se habían producido en la interpretación del mismo y en la visión que la persona se había formado de sí misma. Este conocimiento sirvió de base para dirigir el trabajo sobre el cambio de significado y el ajuste del mismo en base a una interpretación más ajustada y realista. Cabe destacar, también, que constatar al final de la intervención la diferente forma en que el suceso era percibido fue realmente impactante para algunos participantes, especialmente en el Mundo de EMMA en el que, además, contaban con una representación “física” de dicho cambio. En relación a la última estrategia de este componente, buscar explícitamente los aspectos positivos del acontecimiento vivido, señalar que esta tarea resultó difícil para la mayoría de los participantes; que muchos necesitaron un tiempo extra para poder llevar a cabo dicha tarea pero que, finalmente, el trabajo les ayudó a aprender a mirar la situación en su conjunto y no únicamente a través del túnel creado por el dolor y el sufrimiento. Por último, señalar que varias personas de la condición EMMA manifestaron que las cosas que más les había ayudado en su mejoría habían sido poder representar con los símbolos cómo se sentían y lo que les había ocurrido y hablar sobre ello.

Otra de las estrategias o recursos utilizados en el protocolo fue el libro de la vida. Esta herramienta resultó especialmente útil en la tarea de ayudar a la persona a reflexionar y poner orden en los diferentes sucesos y aspectos relacionados con su experiencia adversa. En cuanto al proceso de la terapia, contar con un índice que recogía las etapas más destacadas del acontecimiento fue una ayuda importante a la hora de mantener presentes los objetivos a tratar y ayudó a seguir una dirección definida a lo largo del proceso. Como hemos comentado, este trabajo se vio favorecido en la condición EMMA debido a la presencia tangible de los objetivos en el entorno de la terapia. Por último, la revisión al final de la terapia de los aspectos recogidos por el libro ayudó a los participantes a tener una visión completa de todo el proceso llevado a cabo pues se habían recogido tanto los cambios que en ellos se habían producidos, como las estrategias que les habían ayudado a que dichos cambios se produjeran. Además, el libro de la vida les permitió guardar toda esa información para poder consultarla y utilizarla como constatación de que el cambio es posible y como ayuda para afrontar futuras dificultades. En este sentido, cabe destacar que aquellos participantes de la condición tradicional que hicieron el trabajo de escribir “realmente” en el libro (las instrucciones decían que esto se podía llevar a cabo, pero no constituía un trabajo especificado, siendo la construcción del índice del libro la única tarea demandada de forma explícita) manifestaron que dicho componente les había resultado más útil en relación a aquellos que se limitaron a hacer el índice y realizaron el trabajo únicamente a nivel verbal. Estos resultados no son de extrañar pues la escritura emocional ha demostrado ser una herramienta eficaz en el trabajo terapéutico (Pennebaker, 2002). Por lo tanto, tener en cuenta esta tarea como parte del trabajo de elaboración será algo que tendremos presente de cara a futuros trabajos.

Por lo que respecta a la exposición, la experiencia común fue que aquellos pacientes que hicieron el esfuerzo y pudieron afrontar en su vida cotidiana las situaciones que les resultaban difíciles se sintieron más confiados en sus posibilidades. En este sentido, hay que destacar que este componente únicamente contó con la orientación general del terapeuta y que fueron los participantes los que llevaron a cabo las tareas de auto-exposición con las

indicaciones dadas en terapia. Algunos participantes consiguieron llevar a cabo esta tarea a lo largo del periodo del tratamiento pero para muchos esto resultó demasiado difícil, pues la duración de la terapia fue relativamente breve, y no fue hasta tiempo después y con el apoyo recibido en los seguimientos que fueron capaces de llevar a cabo esta tarea de afrontamiento.

El último de los componentes del tratamiento, la prevención de recaídas, fue también destacado por los participantes pues les permitió resumir y clarificar qué se había hecho y qué resultados se habían obtenido con la terapia. Esto fue especialmente importante porque la brevedad de la terapia hizo que tanto terapeutas como participantes se centraran mucho en avanzar y durante el proceso hubo poco tiempo para pararse a reflexionar y constatar todo lo que se iba haciendo y consiguiendo. Hacer esta revisión final en la que clarificar dudas, valorar logros, repasar técnicas y planificar el futuro ayudó en el objetivo de asentar los conocimientos y la experiencia adquirida y constituyó un punto de referencia sobre el estado actual del caso y sobre las tareas que todavía quedaban pendientes.

Otro punto destacado del presente estudio, como ya se ha señalado, ha sido la utilización de la RV, en concreto el sistema denominado el Mundo de EMMA, para apoyar la aplicación del tratamiento. Aquí vamos a detenernos a analizar los aspectos que la inclusión de las nuevas tecnologías ha aportado al protocolo y al proceso terapéutico. En primer lugar, decir que este enfoque constituye en la actualidad uno de los ámbitos más novedosos y prometedores en cuanto al abordaje terapéutico de los trastornos psicológicos. Como han puesto de manifiesto diversos autores, la RV es una tecnología que ha demostrado contar con importantes ventajas a la hora de llevar a cabo el tratamiento de los pacientes (Botella, Baños, Perpiñá, Alcañiz et al., 1998; Botella, Baños, Perpiñá y Ballester, 1998; Botella, Quero et al., 2004; Riva, 2005; Wiederhold y Wiederhold, 1998; Zimand et al., 2003). Entre dichas ventajas destacan el hecho de que la RV proporciona un contexto en el que vivenciar, comprender y superar las dificultades sin los inconvenientes de la vida real, pudiendo practicar sin límites y arriesgarse sin temer las posibles consecuencias, ello puede facilitar que el paciente esté más dispuesto a abordar

su problema. Además, el ambiente virtual posibilita el control de todos los elementos presentes, el ajuste de los mismos para maximizar la eficacia y la seguridad de la intervención y brinda la oportunidad al clínico de observar los cambios que se van produciendo de forma directa. Por último, la RV permite llevar a cabo la intervención en la privacidad de la consulta y evita costes de desplazamientos a la vez que permite el ahorro de tiempo. Ahora bien, también es cierto que presenta ciertas desventajas como una mayor inversión al tener que adquirir determinados recursos tecnológicos, una necesidad de entrenar al terapeuta para poder aplicar esta tecnología y una carga adicional de trabajo en el proceso de llevar a cabo la terapia. Aún así, al igual que ha ocurrido con otros elementos tecnológicos como el móvil o los ordenadores, creemos que si esta tecnología demuestra ser útil y eficaz para aplicar los tratamientos y supera progresivamente las limitaciones que presenta en estos momentos acabará por diseminarse y formar parte del quehacer cotidiano de clínicos e investigadores en un futuro cercano.

En cuanto al sistema de RV utilizado en el presente estudio, El Mundo de EMMA, cabe señalar que, además de presentar todas las ventajas de los sistemas de RV “convencionales”, añade nuevas e importantes posibilidades al tratamiento. En primer lugar, el Mundo de EMMA constituye un dispositivo adaptable, lo cual significa que ajusta su presentación y las acciones llevadas a cabo a los objetivos inmediatos y a las necesidades del usuario en tiempo real. Esta adaptación se lleva a cabo, fundamentalmente, en relación a las manifestaciones afectivas que el usuario expresa en cada momento dando lugar a la creación de un ambiente clínicamente significativo y personalizado, lo cual, favorece la inmersión en el relato y el trabajo de elaboración y asimilación de los sucesos o traumas vividos en profundidad. En segundo lugar, el sistema utiliza símbolos, paisajes y otros elementos personalizados para crear un contexto que “represente o simbolice” la situación, pero no intenta copiarla ni reproducirla con realismo. Este enfoque innovador permite que el sistema no sólo pueda ser utilizado en el tratamiento de una gran variedad de trastornos sino que, además, puede ajustarse de forma personalizada a las características de cada problema y de cada individuo en particular. La gran capacidad de adaptación y la gran flexibilidad del sistema

han sido comprobadas en diversos trabajos que nuestro grupo ha llevado a cabo con problemas tan diversos como: el TEPT (Baños et al., 2009; Botella, Baños, Rey et al., 2006; Botella, García-Palacios et al., 2005; Botella, García-Palacios et al., 2010; Botella, Quero, Lasso de la Vega et al., 2006), el DC (Baños et al., 2005; Botella, Baños et al., 2005; Botella, Osma et al., 2008), los TA (Andreu-Mateu, 2009; Andreu-Mateu et al., en prensa; Baños et al., 2008), la fobia a las tormentas (Botella, Baños, Guerrero et al., 2006), la fobia a la oscuridad (Botella, Lasso de la Vega, et al., 2007) y en el ámbito del tratamiento de niños víctimas de maltrato físico y psicológico (López-Soler et al., 2009).

En el caso particular de la aplicación del sistema en relación a los participantes de este estudio se observó que, en algunas personas, una determinada configuración creada por el sistema, en un determinado momento de la terapia, produjo un “*insight*” espontáneo que representó un importante paso en la dirección de la mejora y el cambio. Por ejemplo, en el caso de una paciente el hecho de verse inmersa en el contexto del bosque oscuro y rodeada de zarzas le evocó la situación que en aquellos momentos ella misma estaba viviendo. Detenerse en esa sensación, en vez de escapar, y poder plantearse formas de responder diferentes a las que había estado utilizando hasta entonces fue todo un “descubrimiento” para ella. En otro de los casos, otra participante “creyó” ver en uno de los árboles del contexto del prado una determinada figura. Comprobar cómo dicha figura se modificaba al cambiar de posición le ayudó a darse cuenta del enorme potencial que tiene el hecho de poder adoptar diferentes perspectivas para contemplar una situación en su totalidad, en vez de limitarse a mantener una visión sesgada, única y dolorosa de la misma.

Sin embargo, como han señalado algunos terapeutas que han participado en este trabajo, el Mundo de EMMA es un sistema muy complejo, que dispone de muchos y muy diversos elementos y que, en algunos aspectos, no resulta intuitivo ni fácil de usar. Ello genera dificultades a la hora de llevar a cabo las sesiones de manera ágil y puede generar, sobre todo al principio, un cierto rechazo. La experiencia derivada del presente trabajo indica la conveniencia de plantear la necesidad de entrenar a los terapeutas

específicamente en el uso del sistema. Además, se está trabajando en el diseño de un protocolo de aplicación que consiga unificar la forma en que los terapeutas utilizan el Mundo de EMMA en las sesiones y simplificar su uso pero que, al mismo tiempo, permita mantener la gran ventaja que ofrece el Mundo de EMMA en cuanto a su gran flexibilidad y capacidad de adaptación. A nivel práctico esta capacidad de ajuste y flexibilidad del sistema, no sólo permite atender las necesidades de diferentes problemas y diferentes personas sino que, además, puede ayudar a paliar en parte el inconveniente que representa el elevado gasto que comporta la adquisición de estos sistemas. Contar con un dispositivo tan versátil evitaría al clínico tener que adquirir diferentes sistemas para tratar diferentes problemas, con el gasto que ello supone, y reducir el inconveniente adicional de trabajar con distintos sistemas de hardware y software que, en muchos de los casos, son incompatibles entre sí. Esperamos que todo ello redunde en la facilitación de la introducción de las nuevas tecnologías en la práctica clínica diaria, lo cuál representaría, dados los resultados positivos encontrados hasta el momento, una mejora en las posibilidades de los clínicos y en el beneficio de los pacientes.

En relación a las manifestaciones que los pacientes hicieron respecto al tratamiento que habían recibido, queremos señalar que la mayoría de los comentarios fueron muy positivos en ambas condiciones. Sin embargo, existieron ciertas discrepancias, tanto entre los participantes de las dos condiciones como entre los participantes de la misma condición, que consideramos importante señalar con el objetivo de continuar el trabajo de ajuste del protocolo y maximización de su eficacia. Por ejemplo, en relación al sistema de RV los pacientes señalaron diferentes razones respecto a aquello que les resultó más útil: un paciente dijo que el sistema y la configuración del espacio de terapia le había ayudado a disminuir su timidez, otros dijeron que el ambiente virtual les ayudó a abordar el cambio, algunos se dieron cuenta de significados y comportamientos automáticos y negativos que llevaban a cabo sin darse cuenta y, como hemos señalado, para algunas personas el sistema fue especialmente útil en cuanto a poder tomar distancia y adquirir una nueva perspectiva del problema. Por otra parte, en algún caso se puso de manifiesto una dificultad para encontrar símbolos que representasen el problema del

paciente, se experimentó el ambiente virtual como algo artificial con lo que el paciente no se sintió identificado y se expresó como limitación el no haber podido hablar más directamente con el terapeuta. En esta misma línea, también algunos terapeutas comentaron la necesidad de poder tener más contacto cara a cara con el paciente. En cuanto a los participantes de la condición tradicional, como se ha señalado, se observó que éstos proporcionaron un menor número de respuestas y que sus comentarios fueron más uniformes. Los aspectos que destacaron en relación al protocolo es que éste les había ayudado a comprender su problema y a darse cuenta de qué cosas podían modificar para mejorar y, en aquellos que lo hicieron, que el hecho de escribir les había resultado muy terapéutico. En relación a los aspectos negativos, algunos participantes señalaron que hubieran necesitado un poco más de concreción en cuanto al trabajo que iban a realizar. Por su parte, en ambas condiciones varios participantes indicaron que la duración de la terapia les había parecido demasiado corta, que se les habían quedado aspectos por tratar y que se sentían inseguros sobre el asentamiento de los cambios por lo recientes que éstos eran y por el riesgo de volver a incurrir en actitudes y conductas que no les hacían bien pero que llevaban mucho tiempo utilizando. Estas discrepancias ponen de manifiesto las importantes diferencias individuales que existen entre los pacientes que sufren este tipo de trastorno y, por otra parte, nos indican que ambas condiciones de tratamiento poseen aspectos potencialmente positivos y otros menos favorables, pero que éstos están muy influenciados por las características de las personas que los vivencian. Encontrar la fórmula para determinar qué paciente puede beneficiarse más de cada condición e, incluso, cómo combinar ambos enfoques de tratamiento para conseguir una mayor eficacia terapéutica constituye otra gran línea de trabajo que estamos empezando a desarrollar.

Completando este cuadro de valoración positiva del protocolo de tratamiento que estamos observando, se encuentra el hecho de que la tasa de seguimiento de la intervención ha sido muy elevada, como lo denotan los escasos abandonos que se produjeron. Esta circunstancia, junto a las elevadas puntuaciones relativas a la satisfacción con el tratamiento, indican la gran aceptación que tuvo el protocolo y su capacidad para generar compromiso y

continuidad en los pacientes que lo llevaron a cabo con lo cual las posibilidades de mejoría y recuperación se maximizan.

Por último, deseamos señalar que en nuestra muestra la mayoría de pacientes llevaba experimentando el TA mucho más allá de los 6 meses que señalan el DSM-IV y la CIE-10 como el periodo tras el cuál, si no perduran las consecuencias del acontecimiento estresante (especificación que, por cierto, implica una notable vaguedad), el trastorno debería remitir espontáneamente. Y si bien es cierto que, en general, los pacientes eran capaces de mantener un cierto nivel de funcionamiento en su día a día (salvo algunas excepciones en las que los pacientes habían requerido una baja laboral), éste había disminuido en gran medida tras el acontecimiento estresante y el nivel de malestar que experimentaban era generalmente elevado. Por lo tanto, la posibilidad de contar con un protocolo de tratamiento eficaz y eficiente cobra especial relevancia en este campo en el que, hasta el momento, no existía ningún tipo de intervención estructurada en la literatura capaz de dar respuesta a la gran diversidad y a las múltiples facetas de este tipo de pacientes.

En resumen, y en vista de los resultados obtenidos, consideramos que el presente estudio ha contribuido a mejorar el conocimiento y los recursos disponibles para el abordaje de los TA. Asimismo, han demostrado la validez del planteamiento que guió el desarrollo del protocolo de intervención para los TA y han puesto de manifiesto su eficacia a la hora de mejorar la situación clínica de los pacientes y dotarles de las herramientas necesarias para que sean capaces de afrontar más eficazmente los problemas y las dificultades. Por otro lado, este trabajo ha ofrecido un manual estructurado y protocolarizado que permite abordar el tratamiento de un trastorno que no contaba más que con algunas guías generales de actuación y que puede ayudar al clínico en la tarea de evaluar y tratar esta patología tan frecuente y tan poco estudiada. Adicionalmente, señalar que los resultados se han obtenido utilizando un diseño de investigación potente como es un estudio controlado, lo cual ofrece mayores garantías en relación a las conclusiones que del mismo pueden extraerse y que la muestra utilizada ha sido bastante variada en cuanto a características como la edad, la duración y el tipo de acontecimiento vivido

siendo, *a priori*, bastante representativa de lo que constituiría la importante diversidad clínica que caracteriza los TA. Ello constituye, una prueba adicional de la capacidad de adaptación del protocolo y de su eficacia a la hora de abordar la heterogeneidad del trastorno. Por último, respecto a la inclusión de la RV en el abordaje terapéutico de los trastornos psicológicos, de nuevo encontramos que los datos avalan la utilidad de esta tecnología como herramienta clínica y, en especial, de la eficacia del nuevo dispositivo tecnológico desarrollado por nuestro grupo, el Mundo de EMMA.

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 otra, como ya se ha señalado, el gran número de componentes que conforman el protocolo impide determinar cuál es la contribución específica de cada uno de ellos a la mejoría final del paciente. Y, finalmente, el limitado tiempo de seguimiento con el que hemos podido contar, tan sólo tenemos datos relativos a un periodo de seis meses.

En cuanto a la líneas futuras que nos hemos planteado a raíz de los resultados obtenidos en el presente trabajo se encuentran: el estudio de las diferencias individuales (como rasgos de personalidad, tipos de apego, objetivos y recursos personales) pues, como hemos señalado, a nivel clínico estos aspectos parecen ser muy relevantes en la mediación de la respuesta del paciente al tratamiento; el trabajo de llevar a cabo el desmantelamiento del protocolo para determinar cuáles son los componentes activos del programa y cuál es su contribución en la recuperación de los pacientes y en los diferentes subtipos de TA o acontecimientos desencadenantes del trastorno; y, finalmente, continuar con un nuevo proyecto que se está empezando en estos momentos cuyo objetivo es optimizar las sesiones y el uso de la RV. Para ello hemos desarrollado un nuevo sistema denominado TEO (Terapia Emocional On-line), que permite prolongar el trabajo de elaboración y aceptación en forma de tarea para casa utilizando los elementos y las configuraciones creadas en las sesiones terapéuticas.



## 11. CONCLUSIONES

A continuación se exponen las principales conclusiones extraídas en el presente trabajo. Cada una de ellas hace referencia a los objetivos y las hipótesis propuestos.

1. Se ha comprobado que el protocolo diseñado por el grupo para abordar el tratamiento de los TA, tanto aplicado de forma tradicional como aplicado con la ayuda de la RV, ha sido eficaz para mejorar la situación clínica de los pacientes.
2. Se han obtenido datos que indican que ambas condiciones de aplicación del tratamiento (tradicional y apoyada en la RV) han sido significativamente superiores frente a la no intervención (grupo control lista de espera).
3. Se ha constatado que ambas modalidades de aplicación del protocolo (tradicional y apoyada en la RV) han sido igualmente eficaces desde un punto de vista estadístico, aunque cuando se tienen en cuenta los resultados del cambio clínicamente significativo la condición apoyada en la RV ha sido superior a la condición tradicional en el seguimiento a los 6 meses.
4. Se ha comprobado que los resultados obtenidos en las dos condiciones utilizadas para la aplicación del protocolo se han mantenido en los seguimientos.
5. Se ha puesto de manifiesto que ambas condiciones de tratamiento han sido bien valoradas y aceptadas, tanto por los pacientes como por los terapeutas, existiendo una tendencia no significativa por parte de los pacientes a preferir la condición apoyada por el sistema de RV del Mundo de EMMA.

En suma, consideramos que se ha cumplido el objetivo general planteado en la presente investigación, esto es, poner a prueba un protocolo de tratamiento dirigido a mejorar la situación clínica de los pacientes que sufren un TA y conseguir aumentar en ellos su capacidad de hacer frente a la adversidad y aprender de los problemas.

## IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agras, S., Sylvester, D., y Oliveau, D. (1969). The epidemiology of common fears and phobia. *Comprehensive Psychiatry*, *10*, 151-156.
- Akizuki, N., Akechi, T., Nakanishi, T., Yoshikawa, E., Okamura, M., Nakano, T. et al. (2003). Development of a Brief Screening Interview for Adjustment Disorders and Major Depression in Patients with Cancer. *American Cancer Society*, *97*, 2605-2613.
- Altenhöfer, A., Schulz, W., Schwab, R., y Eckert, J. (2007). Psychotherapie von Anpassungsstörungen: Ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie ausreichend wirksam? *Psychotherapeut*, *52*, 24-34.
- 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, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado: DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Anderson, P., Jacobs, C., Lindner, K., Edwards, S., Zimand, E., Hodges, L., y Rothbaum, B. O. (2006). Cognitive Behavior Therapy for fear of flying: Sustainability of treatments gains after September 11. *Behavior Therapy*, *60*, 253-267.
- 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., 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. *Depress Anxiety*, 22, 156-158.
- Andreasen, N. C., y Hoenc, P. R. (1982). The predictive value of adjustment disorders: A follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 139, 584-590.
- Andreu-Mateu, S. (2009). *La utilización de la realidad virtual en el tratamiento de los trastornos adaptativos: resultados preliminares*. Trabajo de investigación, Universidad Jaume I, Castellón, España.
- Andreu-Mateu, S., Botella, C., Quero, S., Guillén, V. y Baños, R. M. (en prensa). *El tratamiento de los trastornos adaptativos: cuando el estímulo estresante sigue presente*.
- 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.
- Anseau, M., Bataille, M., Briole, G., De Nayer, A., Fauchère, P. A., Ferrero, F. et al. (1996). Controlled Comparison of Tianeptine, Alprazolam and Mianserin in the Treatment of Adjustment Disorders with Anxiety and Depression. *Human Psychopharmacology*, 11, 293-298.
- Arntz, A., Lavy, E., van den Berg, G. y van Rijsoort, S. (1993). Negative beliefs of spider phobics: A psychometric evaluation of the spider phobia beliefs questionnaire. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15, 257-277.
- Ayuso-Mateos, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., Wilkinson, C. et al. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 308-316.
- Baños, R. M., Botella, C., Garcia-Palacios, A., Quero, S., Osma, J., Lasso de la Vega, N. et al. (2005, Junio). *Using "tradicional" strategies in a "virtual World" for the treatment of pathological grief*. Trabajo presentado en Cybertherapy, Basel, Switzerland.
- 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. y Perpiñá, C. (2002). *Fear of flying: Virtual Reality treatment manual*. Valencia: Promolibro.
- 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. y Guillén, V (2000). Psychometric characteristics in normal and social phobic samples for a Spanish version of the Rosenberg self-esteem scale. *Psychological Reports*, 87, 269-274.
- Baños, R. M., Guillén, V., Botella, C., Quero, S., García-Palacios, A. y Lasso de la Vega, N. (2006). Virtual reality application for dealing difficulties with hardship and enhancing resilience: A treatment for adjustment disorders. *Cyberpsychology and Behavior*, 9, 655-656.
- 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.
- 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.
- 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.
- Baumeister, H. y Kufner, K. (2009). It is time to adjust the adjustment disorder category. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 409-412.
- Baumeister, H., Maercker, A. y Casey, P. (2009). Adjustment Disorder with Depressed Mood. *Psychopathology*, 42, 139-147.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corp.
- Becker, C. B., Zayfert, C. y Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277-292.

- 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.
- 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>.
- Biocca, F. (1997). The cyborg's dilemma: Embodiment in virtual environments. *Journal of Computer-mediated Communication*, 3.
- Biocca, F. y Delaney, B. (1995). Immersive virtual reality technology. En F. Biocca y M. Levy (Eds.), *Communication in the age of virtual reality* (pp. 51-126). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Press.
- 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.
- Borkovec, T. D. y Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 3, 257-260.
- Botella, C. (2004, Noviembre). *A Virtual environment for the treatment of pathological gambling*. Trabajo presentado en la 38th Annual AABT Convention, New Orleans, EEUU.
- Botella, C., Baños, R. M. y Alcañiz, M. (2003, Octubre). *A psychological approach to presence*. Trabajo presentado en PRESENCE 2003, 6th Annual International Workshop on Presence, Aalborg, Dinamarca.
- Botella, C., Baños, R. M., García-Palacios, A., Quero, Baños, R. M. y Bretón-López, J. M. (2006). Virtual reality and psychological treatments: A review. *Psicología Conductual*, 3, 491-510.
- Botella, C., Baños, R. M., García-Palacios, A., Quero, S., Guerrero, B., Liaño, V. et al. (2005, Junio). *Using "tradicional" strategies in a "virtual World" for the treatment of pathological grief*. Trabajo presentado en el 5<sup>th</sup> International Congress of Psychotherapy, Goteborg, Suecia.
- 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., Guerrero, B., García-Palacios, A., Quero, S. y Alcañiz, M. (2006). Using a flexible Virtual Environment for Treating a Storm Phobia. *PsychNology Journal*, 4, 129-144.

- 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., 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, 5-26.
- Botella, C., Baños, R.M., Perpiñá, C., Guillén, V., Quero, S., Lasso de la Vega, N. et al. (2005, Junio). *The treatment of emotions in a virtual World. Application in a case of posttraumatic stress disorder*. Trabajo presentado en CyberTherapy 2005, Basel, Switzerland.
- Botella, C., Baños, R. M., Perpiñá, C., Quero, S., Villa, H., García-Palacios, A. et al. (2002). El tratamiento de la claustrofobia por medio de RV. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 109-127.
- Botella, C., Baños, R. M., Perpiñá, C., Villa, H., Osma, J. y Crespo, J. (2000, Febrero). *El diseño de escenarios clínicamente significativos de la fobia a volar*. 1º Congreso Virtual de Psiquiatría.
- 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 Emocional Disorders: A preliminary análisis of effectiveness. *Work-In-Progress CHI 2006*, 586-591.
- Botella, C., Bretón-López, J., Quero, S., Baños, R., y García-Palacios, A. (2010). Treating Cockroach Phobia with Augmented Reality. *Behavior Therapy*, 41, 401-413.
- Botella, C., Bretón-López, J., Quero, S., Baños, R. M., García-Palacios, Zaragoza, I., y Alcaniz, 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., García-Palacios, A., Guillén, V., Baños, R. M., Quero, S. y Alcañiz, M. (2010). An Internet-Based Self-Help Treatment for Fear of Public Speaking: A Contolled Trial. *CyberPsychology, Behavior, and Social Networking*, 13, 407-421.
- Botella, C., García Palacios, A., Baños, R. M., Guillén, V., Quero, S. y Lasso de la Vega, N. (2005, Junio). *The treatment of emotions in a virtual World. Application in a case of posttraumatic stress disorder*. Ponencia presentada en CyberTherapy, Basel, Suiza.

- 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., 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., Juan, C., Baños, R. M., Alcañiz, M., Guillén, V. y Rey, B. (2005). Mixing Realities? An application of Augmented Reality for the treatment of cockroaches phobia. *CyberPsychology and Behaviour*, *8*, 161-171.
- 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., Perpiñá, C., Baños, R., Quero, S., Alcañiz, M. Lozano, J. y Rey, A. (1998). Virtual Environments for the treatment of claustrophobia. *International Journal of Virtual Reality*, *3*, 8-13.
- Botella, C., Quero, S., Baños, R. M., García-Palacios, A., Alcañiz, M. y Fabregat, S. (2006, Septiembre). *A self-administered treatment for animal phobia using VR applied over the Internet*. Ponencia en el 36th Annual Congress of the EABCT, París, Francia.
- Botella, C., Quero, S., Baños, R. M., García-Palacios, A., Bretón-López, J., Alcañiz, M. et al. (2008). Telepsychology and Self-Help: The treatment of phobias using the Internet. *CyberPsychology and Behavior*, *11*, 659-664.
- 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). Ámsterdam: 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). Ámsterdam: IOS Press.

- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., Baños, R. M. y García-Palacios, A. (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: La utilización de las Nuevas tecnologías de la Información y la Comunicación. *Anuario de Psicología*, 40, 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. Perez 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., 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 and Behaviour*, 2, 135-141.
- Botella, C., Villa, H., Baños, R. M., 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., Villa, H., García-Palacios, A., Baños, R. M., Perpiñá, C. y Alcañiz, M. (2004). Clinically significant virtual environments for the treatment of panic disorder and agoraphobia. *CyberPsychology and Behavior*, 7, 527-535.
- 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 and Clinical Pharmacology*, 11, 127-132.
- Boyd, J. H., Rae, D. S., Thompson, J. W., Burns, B. J., Bourdon, K., Locke, B. Z. et al. (1990). Phobia: prevalence and risk factors. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 25, 314-323.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T. y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- 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. [http://bjp.rcpsych.org/cgi/external\\_ref?access\\_num=1927570&link\\_type=MED](http://bjp.rcpsych.org/cgi/external_ref?access_num=1927570&link_type=MED)

- Brooks, J. R. (1999) "What's Real About Virtual Reality?". *IEEE Computer Graphics and Applications*, 19, 16-27.
- Bruffaerts, M., Sabbe, M. y Demyttenaere, K. (2004). Attenders of a university hospitalpsychiatric emergency service in Belgium: general characteristics and gender differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 146-53.
- Burdea, C. (1993, Abril). *Virtual reality systems and applications*. Electro'93 International Conference. New Jersey, EEUU.
- 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.
- 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.
- Carta, M. G., Altamura, A. C., Hardoy, M. C., Pinna, F., Medda, S., Dell'Osso, L. et al. (2003). Is Recurrent Brief Depression an expresión of mood spectrum disorders in young people? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253, 149-153.
- 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.
- Carta, M. G., Hardoy, M. C., Carpiniello, B., Dell'Osso, L., Reda, M. A. y Wittchen, H. U. (2004). Social Phobia in an Italian region: do Italian studies show coger frequencies than community surveys conducted in other European countries? *BMC Psychiatry*, 15, 31.
- Casey, P. (2009). Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs*, 23, 927-938.
- Casey, P., Dowrick, C. y Wilkinson, G. (2001). Adjustmet disorders. Fault line in the spychiatric glossary. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 479-481.
- Charney, D., BARlow, D., Botteron, K., Cohen, J., Goldman, D., Gur, R. et al. (2002). Neuroscience reserach agenda to gide development of a pathopshisiologically based classification system. En D. Kupfer, M. First y D. Regier (Eds.), *A Research Agend for DSM-V* (pp. 31-84). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- 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. H., Vincelli, F., Riva, G., Wiederhold, B. K., Lee, J. H. y Park, K. H. (2005). Effects of group experiential cognitive therapy for the treatment of panic disorder with agoraphobia. *CyberPsychol and Behavior*, 8, 387-393.
- Cobb, S. V., Nichols, S. C., Ramsey, A. R. y Wilson, J. R. (1999). Virtual reality induced symptoms and effects. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 8, 169-186.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2ª Ed)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Craig, A. y Sherman, W. (2003). *Understanding Virtual Reality*. San Francisco: Morgan Kaufmann Publishers.
- Cruz-Neira, C. (1993). Virtual Reality Overview. *SIGGRAPH'93 Course*, 23, 1-18.
- De Leo, D. (1989). Treatment of adjustment disorders: a comparative evaluation. *Psychological Reports*, 64, 51-54.
- 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.
- Derogatis, L. R., y Spences, P. M. (1982). *Brief Symptom Inventory: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: National Computer Systems, Inc.
- 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.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Difede, J., Cukor, J., Jayasinghel, N., Patt, I., Jedel, S., Spielman, L. et al. (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.
- 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 alter severe life-events in four postconflict settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 39-46.

- Echeburúa, E. (1995). *Manual práctico de evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- 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.
- Emmelkamp, P. M., Bruynzeel, M., Drost, L. y van der Mast, C. A. (2001). Virtual reality treatment in acrophobia: a comparison with exposure in vivo. *Cyberpsychology and Behavior*, 4, 335-339.
- Emmelkamp, P. M., Krijn, M., Hulsbosch, A. M., de Vries, S., Schuemie, M. J. y van der Mast, C. A. (2002). Virtual reality treatment versus exposure in vivo: a comparative evaluation in acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 509-516.
- Essau, C. A., Conradt, J. y Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 221-231.
- Fawzy, F. I., Canada, A. L. y Fawzy, N. W. (2003). Malignant melanoma: effects of a brief, structured psychiatric intervention on survival and recurrence at 10-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 60, 100-103.
- First, M. B. (2006). Beyond Clinical Utility: Broadening the DSM-V Research Appendix to Include Alternative Diagnostic Constructs. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1679-1681.
- 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.
- 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., Keane, T. M. y Friedman, M. J. (2000). *Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies: Effective treatments for PTSD*. New York: The Guilford Press.
- Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1986). Emocional 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., Fei-Yin, L. y Bih-Ching, S. (2002). The relationship between life adjustment and parental bonding in military personnel with adjustment disorder in Taiwan. *Military Medicine*, 167, 678-682.
- Foy, W. D., Kagan, B., McDermott, C., Leskin, G., Sippelle, C. y Paz, G. (1996). Practical paramters 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.
- Frederickson, B. (2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Furman, E., Jasinevicius, R., Bissada, N. F., Victoroff, K. Z., Skillicorn, R. y Buchner, M. (2009). Virtual Reality Distraction for Pain Control During Periodontal Scaling and Root Planing Procedures. *The Journal of American Dental Association*, 140, 1508-1516.
- 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., 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.
- 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, 209-213.
- Gershon, J., Zimand, E., Lemos, R., Rothbaum, B. O. y Hodges, L. (2003). Use of Virtual Reality as a distractor for painful procedures in a patient with pediatric cancer: A case study. *Cyberpsychology and Behavior*, 6, 657-661.

- Gershon, J., Zimand, E., Pickering, M., Rothbaum, B. O. y Hodges, L. (2004). A pilot and feasibility study of Virtual Reality as a distraction for children with cancer. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1243-1249.
- 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.
- Goldston, D., Daniel, S., Melton, B., Reboussin, D., Kelly, A. y Frazier, P. (1998). Psychiatric disorders among previous suicide attempters, first time, and repeat attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 924-932.
- 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, 298-304.
- Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, A., Vincent, L., Guther, E. et al. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 345, 1719-1726.
- Gorini, A. y Riva, G. (2008). The potencial of Virtual Reality as anxiety management tool: a randomized controlled study in a sample of patients affected by Generalized Anxiety Disorder. *Trials*, 9, 25-30.
- Gorschenek, N., Schwab, R. y Eckert, J. (2008). Psychotherapy of Adjustment Disorders: Psychotherapie von Anpassungsstörungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizines Psychologie*, 58, 200-207.
- Grassi, L., Mangelli, L., Gava, G. A., Grandi, S., Ottolini, F., Porcelli, P. et al. (2006). 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.
- Grimsdale, C. (1995). Foreword, En J. Vince, *Virtual reality systems*. Cambridge: ACM Press.
- Guillén, V. (2008). *Tratamiento para las reacciones al estrés mediante realidad virtual*. Tesis Doctoral, Universidad de Valencia, Valencia, España.
- 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.
- Harris, S. H., Kemmerling, R. L. y North, M. M. (2002). Brief virtual reality therapy for public speaking anxiety. *CyberPsychology and Behavior, 5*, 543-550.
- Harvey, A. G., Bryant, R. A. y Terrier, N. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 23*, 501-522.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guildford Press
- Herbert, J. D. y Sageman, M. (2004). *Effectiveness of providing self-help information following acute traumatic injury: randomised controlled trial*. Clinical Psychology Unit, Department of Psychology, University of Sheffield.
- Hodges, L. F., Rothbaum, B. O., Watson, B. A., Kessler, G. D. y Opdyke, D. (1996). Virtually conquering fear of flying. *IEEE Computer Graphics and Applications, 16*, 42-49.
- Hoffman, H. G., Doctor, J. N., Patterson, D. R., Carrougher, G. J. y Furness III, T. A. (2000). Use of virtual reality for adjunctive treatment of adolescent burn pain during wound care: A case report. *Pain, 85*, 305-309.
- Hoffman, H. G., García-Palacios, A., Carlin, A., Furness III, 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.
- Hoffman, H. G., García-Palacios, A., Patterson, D. R., Jensen, M., Furness III, T. A. y Ammons, W. (2004). The Effectiveness of Virtual Reality for Dental Pain Control: A Case Study. *Cyberpsychology and Behavior, 4*, 527-535.
- Hoffman, H. G., Patterson, D. R. y Carrougher, G. J. (2000). Use of virtual reality for adjunctive treatment of adult burn pain during physical therapy: a controlled study. *Clinical Journal of Pain, 16*, 244-50.
- Hoffman, H. G., Patterson, D. R., Carrougher, G. J., Nakamura, D., Moore, M., Garcia-Palacios, A. y Furness III, T. A. (2001). The effectiveness of virtual reality pain control with multiple treatments of longer durations: A case study. *International Journal of Human-Computer Interaction, 13*, 1-12.
- Hoffman, H. G., Patterson, D. R., Carrougher, G. J. y Sharar, S. (2001). The effectiveness of virtual reality based pain control with multiple treatments. *Clinical Journal of Pain, 17*, 229-235.

- Hoffman, H. G., Patterson, D. R., Seibel, E., Soltani, M., Jewett-Leahy, L. y Sharar, S. R. (2008). Virtual reality pain control during burn wound debridement in the hydrotank. *Clinical Journal of Pain*, 24, 299-304.
- Holland, J. M., Neimeyer, R. A., Boelen, P. A. y Prigerson, H. G. (2009). The Underlying Structure of Grief: A Taxometric Investigation of Prolonged and Normal Reactions to Loss. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 190-201.
- Horowitz, M. J. (1997). Stress response syndromes. PTSD, grief, and adjustment disorders. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Huyse, F., Herzog, T., Lobo, A., Malt, U. F., Opmeer, B. C., Stein, B. et al. (2001). Consultation-liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *General Hospital Psychiatry*, 23, 124-32.
- Hyman, S. (2003). Foreword. En K. Phillips, M. First, H. Pincus (Eds.), *Advancing DSM: Dilemmas in Psychiatric Diagnosis* (pp.11-19). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Iraurgi, I. (2009). Evaluación de resultados clínicos I: Entre la significación estadística y la relevancia clínica. *NORTE de Salud Mental*, 33, 94-108.
- 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, 12-19.
- 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.
- Jojic, B. R. y Lepasovic, L. M. (2005). Autogenic training as a therapy for adjustment disorder in adolescents. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, 133, 424-428
- Jojic, B. R. y Lepasovic, 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.
- Juan, C., Alcañiz, M., Monserrat, C., Botella, C., Baños, R. M. y Guerrero, B. (2005). Using augmented reality to treat phobias. *IEEE Computer Graphics And Applications*, 25, 31-37.
- Kamphuis, J. H., Emmelkamp, P. M. y Krijn, M. (2002). Specific phobia. En M. Versen (Ed), *Clinical behaviour therapy, adults and children* (pp.75-89). New York: John Wiley & Sons.

- Kendell, R. y Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 4-12.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M. y Prescott, C. A. (1999). Causal Relationship Between Stressful Life Events and the Onset of Major Depression. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 837-841.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *163*, 1679-1681.
- Klinger, E., Bouchard, S., Legeron, P., Roy, S., Lauer, F, Chemin, M. A. et al. (2005). Virtual Reality Therapy Versus Cognitive Behavior Therapy for Social Phobia: A Preliminary Controlled Study. *CyberPsychology and Behavior*, *8*, 76-88.
- Koran, L. M., Sheline, Y., Imai, K., Kelsey, T. G., Kenneth, M. D., Mathews, J. et al (2003). Medical disorders among patients admitted to a public sector psychiatric inpatient unit. *Psychiatric Services*, *53*, 1623-1625.
- Krijn, M., Emmelkamp, P. M., Biemond, R., De Wilde de Ligny, C., Schuemie, M. J. y van der Mast, C. A. (2004). Treatment of acrophobia in virtual reality: the role of immersion and presence. *Behavior Research and Therapy*, *42*, 229-239.
- Krijn, M., Emmelkamp, P. M., Ólafsson, R. P., Bouwman, M., van Gerwen, L. J., Spinhoven, P. et al. (2007). Fear of flying treatment methods: virtual reality exposure vs. cognitive behavioral therapy. *Aviation, Space and Environmental Medicine*, *78*, 121-128.
- Krijn, M., Emmelkamp, P. M., Olafsson, R. P., Schuemie, M. J. y van der Mast, C. A. (2007). Do self-statements enhance the effectiveness of virtual reality exposure therapy? A comparative evaluation in acrophobia. *CyberPsychology and Behavior*, *10*, 362-370.
- 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. et al (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*, 497-501.

- Lamson, R.(1994). Virtual therapy of anxiety disorders. Applications: VR in psychotherapy. *CyberEdge Journal*, 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.
- Lang, P. J., Bradley, M. M. y Cuthbert, B. N. (2005). Internacional Affective Picture System (IAPS): Affective ratings of pictures and instruction manual (Tech. Report A-6). Gainesville: University of Florida, Center for Research in Psychophysiology.
- Laugharne, J., van der Watt, G., y Janca, A. (2008). It is too early for adjusting the adjustment disorder category. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 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. Martinez Roca.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca.
- Lee, J. H., Ku, J., Kim, K., Kim, B., Kim, I. Y., Yang, B. et al. (2003). Experimental application of virtual reality for nicotine craving through cue exposure. *Cyberpsychology and Behavior*, 6, 275-280.
- Levis, D. (1997). *¿Qué es la realidad virtual?* Extraído el 1 de febrero de 2011 de [http://www.diegolevis.com.ar/secciones/Articulos/Que\\_es\\_RV.pdf](http://www.diegolevis.com.ar/secciones/Articulos/Que_es_RV.pdf)
- Liaño, V. M. (2006). *Realidad Virtual: relaciones entre emociones y sentido de presencia*. Tesis doctoral, Universidad de Valencia, Valencia, España.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guildford Press.
- Lopez-Soler, C., Botella, C., Baños, R. M., Fernández, V., Alcántara, M., Castro, M. et al. (2009). Adaptation of the Virtual Reality System EMMA to Infancy. *CyberPsychology and Behavior*, 12, 89-89.
- Lung, F-W., Lee, F-Y. y Shu, B-C. (2006). The Premorbid Personality in Military Students With Adjustment Disorder. *Militay Psychology*, 18, 77-88.

- Maercker, A., Einsle, F. y Köller, V. (2007). Adjustment Disorders as Stress Response Syndromes: A New Diagnostic Concept and its Exploration in a Medical Sample. *Psychopathology*, 40, 135-146.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Enzler, A., Krüsi, G., Hörler, E., Maier, C. et al. (2008). Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 113-120.
- Magee, W., Eaton, W. 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.
- 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.
- Marco, J. H. (2004). *Tratamiento de los trastornos alimentarios. Eficacia diferencial de la terapia cognitivo comportamental con un componente de imagen corporal apoyado con técnicas de realidad virtual*. Tesis doctoral, Universidad Jaume I, Castellón, España.
- Markowitz, J. C., Klerman, G. L. y Perry, S. W. (1992). Interpersonal psychotherapy of depressed HIV-positive outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 885-890.
- Marks, I. M. (1978). Behavioral psychotherapy of adult neurosis. En S. L. Gardfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour 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. y Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.
- 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.
- Mazuryk, T. y Gervautz, M. (1996). *Virtual Reality History, Applications, Technology and Future* (Report TR-186-2-96-06). Institute of Computer Graphics 186-2, Technical University of Vienna.
- 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.

- Meyerbröker, K. y Emmelkamp, M. G. (2010). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a systematic review of process-and-outcome studies. *Depression and Anxiety*, 27, 933-944.
- Michaliszyn, D., Marchand, A., Bouchard, S., Martel, M. O. y Poirier-Bisson, J. (2010). A Randomized, Controlled Clinical Trial of In Virtuo and In Vivo Exposure for Spider Phobia. *CyberPsychology, Behavior, and Social Networking*, 13, 689-695.
- Mihelich (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)
- Minsky, M. (1980). Telepresence. *Omni*, 6, 45-51.
- Mott, S., Bucolo, L., Cuttle, J., Mill, M., Hilder, K., Miller, R. Y. et al. (2008). The efficacy of an augmented virtual reality system to alleviate pain in children undergoing burns dressing changes: A randomised controlled trial. *Burns*, 34, 803-808.
- Moorey, S. y Greer, S. (1989). *Psychological Therapy for patients with cancer. A new approach*. Londres: Heinemann Medical Book.
- Mühlberger, A., Herrmann, M. J., Wiedemann, G. Ellgring, H. y Pauli, P. (2001). Repeated exposure of flight phobics to flights in virtual reality. *Behavior Research and Therapy*, 39, 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 a one-session virtual reality exposure treatment for fear of flying. *Psychotherapy Research*, 13, 323-336.
- Nardi, C., Lichtenberg, P. y Kaplan, Z. (1994). Adjustment disorder of conscripts as a military phobia. *Military Medicine*, 159, 612-6.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (Eds.). (2007). *A guide to treatments that work* (3rd ed.). New York: Oxford.
- Nemire, K., Beil, J. y Swan, R. W. (1999). Preventing teen smoking with virtual reality. *Cyberpsychology and Behavior*, 2, 35-47.
- Newell, S. A., Sanson-Fisher, R. W. y Savolainen, N. J. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *Journal of the National Cancer Institute*, 94, 558-584.
- Neimeyer, R. A. (2000). *Lessons of Loss*. Florida: Keystone Heights.

- 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. y North, S. M. (1996). Virtual psychotherapy. *Journal of Medicine and Virtual Reality*, 1, 28-32.
- North, M. M., North, S. M. y Coble, J. R. (1996). Effectiveness of virtual environment desensitization in the treatment of agoraphobia. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 5, 346-352.
- North, M. M., North, S. M. y Coble, J. R. (1998). Virtual Reality Therapy: An Effective Treatment for the Fear of Public Speaking. *International Journal of Virtual Reality*, 3, 2-6.
- Noyes, R., Clarkson, C., Crowe, R. R., Yates, W. R. y McChesney, C. M. (1987). A family study of generalied anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1019-1024.
- Nguyen, N., Fakra, E., Pradel, V., Jouve, E., Alquier, C., Le Guern, M-E. et al. (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.
- 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.
- 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.
- O'Keeffe, N. y Ranjith, G. (2007). Depression, demoralisation or adjustment disorder? Understanding emotional distress in the severely medically ill. *Clinical Medicine*, 7, 478-81
- Optale, G., Munari, A., Nasta, A., Pianon, C., Baldaro, V. 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. En G. Riva, C. Botella, P. Légeron y G. Optale (Eds.), *Cybertherapy Internet and*

*Virtual Reality as Assessment and Rehabilitation Tools for Clinical Psychology and Neuroscience*. Amsterdam: IOS Press.

- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)* (10ª Edición). Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Mental Disorders: Glossary and Guide to Their Classification in Accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases*. Albany: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Lay reporting of health information*. Geneva. Suiza: OMS (Division of Mental Health).
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*. Geneva: OMS (Division of Mental Health).
- Orsillo, S. M. y Batten, S. V. (2005). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Behavior Modification*, 29, 95-129.
- Öst, L. G., Salkovskis, P. y Hellström, K. (1991). One-session therapist directed exposure vs. self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behavior Therapy*, 22, 407-422.
- Pandzic, I. S., Capin T. K., Magnenat-Thalmann, N. y Thalmann. D. (1997, Julio). *A versatile Navigation Interface for Virtual Humans in Collaborative Virtual Environments*. ACM symposium on Virtual reality software and technology, New York, EEUU.
- Park, K., Jeonghun, K., Park, I., Park, J., Kim, S. y Kim, 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, 619-627.
- 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.
- Pennebaker, J. W. (2002). Writing, social processes, and psychotherapy: From past to future. En S. J. Lepore. y J. M. Smyth (Eds.) *The writing cure. How expressive writing promotes health and emotional well-being* (pp. 279-293). Washington DC: American Psychological Association.
- Peñate, W., Pitti, C. T., Bethencourt, J. M., de la Fuente, J. y Gracia, R. (2008). The effects of a treatment based on the use of virtual reality exposure and cognitive-behavioral therapy applied to patients with agoraphobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 5-22.

- Pérez-Ara, M., Quero, S., Botella, C., Baños, R. M., Andreu-Mateu, S., García-Palacios, A. et al. (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.
- Pérez-Sales, P. (2008). *Trastornos adaptativos y reacciones de estrés*. Extraído el 10 de enero de 2011 de <http://www.pauperez.cat/es/pau-perez/index.php>.
- Perpiñá, C., Baños, R. M., Botella, C. y Marco, H. (2001). La realidad virtual como herramienta terapéutica: Un estudio de caso en las alteraciones de la imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 10, 227-241.
- 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
- Perpiñá, C., Marco, J. H., Botella, C. y Baños, R. M. (2004). Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios mediante tratamiento cognitivo-comportamental apoyado con realidad virtual: resultados al año de seguimiento. *Psicología Conductual*, 1, 519-537.
- 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.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pitti, C. T., Peñate, W., Leon, I., Villaverde, M. L. y Acosta, L. (2008). The efficacy of the virtual reality in the treatment of the agoraphobia varies with the number of sessions. *Clinical Neurophysiology*, 119, e150.
- Polyakova I., Knobler H. Y., Ambrumova A. y Lerner V (1998). Characteristics of suicidal attempts in major depression versus adjustment reactions. *Journal of Affective Disorders*, 47, 159-67.
- 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.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K. et al. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. Extraído de <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000121>
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A. et al. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.
- Rachman, S. (1980). Emocional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 51-60.
- 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., 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.
- Reeves, G. y Pruitt, D. (2006). Adjustment and Reactive Disorders. En M.K. Dulcan y J.M. Wiener (Eds), *Essentials of child and adolescent psychiatry* (pp. 505-513). American Psychiatric Publishing.
- Riva, G. (2005). Virtual Reality in Psychotherapy: Review. *CyberPsychology and Behavior*, 8, 220-230.
- Riva, G., Alcañiz, M., Anolli, L., Bacchetta, M., Baños, R. M., Beltrame, F. et al. (2001). The vepsy updated Project: Virtual reality in clinical psychology. *CyberPsychology and Behavior*, 4, 449-455.
- Riva, G., Bacchetta, M., Baruffi, M. y Molinari, E. (2002). Virtual-reality-based multidimensional therapy for the treatment of body image disturbances in binge eating disorders: A preliminary controlled study. *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine*, 6, 224-234.
- 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. y Molinari, E. (2003). Six-month follow-up of in-patient experiential-cognitive therapy for binge eating disorders. *CyberPsychology and Behavior*, 6, 251-258.
- Riva, G., Bacchetta, M., Cesa, G., Conti, S., Castelnuovo, G., Mantovani, F. et al. (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. et al. (2000). The virtual classroom: A virtual environment for the assessment and rehabilitation of attention deficits. *Cyberpsychology and Behavior*, 3, 483-499.
- Rocco, A., Martocchia, A., Frugoni, P., Baldini, R., Sani, G., Di Simone Di Giuseppe B. et al. (2007). Inverse correlation between morning plasma cortisol levels and MMPI psychasthenia and depression scale scores in victims of mobbing with adjustment disorders. *Neuroendocrinology Letters*, 28, 610-613.
- Rodgers, L. Y. y Tennison, L. R. (2008). A Preliminary Assessment of Adjustment Disorder Among First-Year College Students. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23, 220-230.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M. y Seeley, J. R. (1997). Comparability of telephone and face-to-face interviews in assessing axis I and axis II disorders, *American Journal of Psychiatry*, 154, 1593-1598.
- Ronson, A. (2005). Adjustment disorders in oncology: a conceptual framework to be refined. *L'Encéphale*, 31, 118-126.
- Rosen, G. M. (2004). Litigation and reported rates of posttraumatic stress disorder. *Personality and Individual Differences*, 36, 1291-1294.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University.
- 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. et al. (1999). Virtual reality exposure therapy for PTSD Vietnam veterans: A case study. *Journal of Traumatic Stress, 12*, 263-271.
- Rothbaum, B. O., Hodges L. F., Anderson, L., Price, L. y Smith, S. (2002). Twelve-months follow-up of virtual reality and standard exposure therapies for fear of flying. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 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. F., Smith, S. y Lee, J. H. (2000). A controlled study of virtual reality exposure therapy for fear of flying. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 1020-1026.
- 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.
- Rothbaum B. O., Zimand, E., Hodges L., 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.
- Roy, S., Klinger, E., Légeron, P., Lauer, F., Chemin, I. y Nugues, P. (2003). Definition of a VR-based protocol to treat social phobia. *CyberPsychology and Behavior, 6*, 411-420.
- Rundell, J. R. (2006). Demographics of and diagnosis in Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom personnel who were psychiatrically evacuated from the theater of operations. *General Hospital Psychiatry, 28*, 352-356
- Sadowski J. W. y Stanney, K. (1999). Measuring and Managing Presence in Virtual Environments. En K. M. Stanney (Ed.), *The VE Handbook*. Universidad de Florida Central: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Saghaei, M. (2004). *Programa de asignación al azar*. Extraído de <http://mahmoodsaghaei.tripod.com/Softwares/randalloc.html>

- Salmon, T. W. (1917). The care and treatment of mental disease and war neurosis ("Shell Shock") in the British Army. *Mental Hygiene*, 1, 509-547.
- 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., 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.
- Schatzberg, A. F. (1990). Anxiety and adjustment disorder: a treatment approach. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 20-24.
- Schneider, S. M., Prince-Paul, M., JoAllen, M., Silverman, P. y Talaba, D. (2004). Virtual Reality as a Distraction Intervention for Women Receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 31, 81-88.
- Schneider, S. M. y Workman, M. L. (1999). Effects of virtual reality on symptom distress in children receiving chemotherapy. *CyberPsychology and Behavior*, 2, 125-134.
- Schnyder, U. y Valach, L. (1997). Traumatic stress issues in psychiatric institutions in Switzerland. *European Journal of Psychiatry*, 11, 162-172.
- Seligman, M. E. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press/Simon and Schuster.
- Seligman, M. E. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology [Special issue]. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- 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., Diane, L., Ludewing, D., Frank, E. et al (2000). Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics. *American Journal of Psychiatry*, 157, 581-7.
- Sheldrick, R. C., Kendall, P. C. y Heimberg, R. G. (2001). The clinical significance of treatments: a comparison of three treatments for conduct disordered children. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 8, 418-430.

- Schneider, S. M. y Workman, M. L. (1999). Effects of virtual reality on symptom distress in children receiving cancer chemotherapy. *Cyberpsychology and Behavior*, 2, 125-134.
- Sifneos, P. E. (1989). Brief dynamic and crisis therapy. En H. I. Kaplan y B.J. Sadcock (Eds.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (2 Vol., 5<sup>th</sup> Ed., pp. 1562-1567). Baltimore, Md: Williams y Wilkins.
- Silverston, P. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in medial in-patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 43-51.
- Snyder, S. y Strain, J. (1990). Differentiating major depression from adjustment disorder with depressed mood in the medical setting. *General Hospital Psychiatry*, 12, 159-165.
- Slater, M., Pertaud, D.P. y Steed, A. (1999). Public speaking in virtual reality: Facing an audience of avatars. *IEEE Computer Graphics and Applications*, 19, 6-9.
- 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.
- Solomon, Z. y Benbenishty, R. (1986). The role of proximity, immediacy, and expectancy in frontline treatment of combat stress reaction among Israelis in the Lebanon War. *American Journal of Psychiatry*, 143, 613-617.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Kramer, H. J. y Gottheil, E. (1989). Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2, 888-891.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Steele, E., Grimmer, K., Thomas, B., Mulley, B., Fulton, I. y Hoffman, H. (2003). Virtual reality as a pediatric pain modulation technique: A case study. *Cyberpsychology and Behavior*, 6, 633-638.
- 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, 445-453.
- Strain, J. J. (1995). Adjustment disorders. En G. O. Gabbard (Ed.), *Treatments of Psychiatric Disorders* (2<sup>a</sup> 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, 121-30.
- 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. et al. (1998). Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *General Hospital Psychiatry*, 20, 139-149.
- 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.
- Tortella-Feliu, M., Botella, C., Llabrés, J., Bretón-López, J., Riera del Amo, A., Baños, R.M. et al. (2011). Virtual Reality Versus Computer-Aided Exposure Treatments for Fear of Flying. *Behavior Modification*, 35, 3-30.
- 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 Enstate 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.
- 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.
- Vanin, J. R. (2008). Adjustment disorder with anxiety. En J. R. Vanin, J. D. Hensley y D. James (Eds.), *Anxiety disorders: A pocket guide for primary care* (pp. 129-134). Totowa, NJ, US: Humana Press.
- Villa, E., Botella, C., García-Palacios, A. y Osmá, J. (2007). Virtual reality exposure in the treatment of panic disorder with agoraphobia: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 58-69.
- Vincelli, F., Anolli, L., Bouchard, S., Wiederhold, B. K., Zurloni, V. y Riva, G. (2003). Experiential cognitive therapy in the treatment of panic disorders with agoraphobia: a controlled study. *CyberPsychology and Behavior*, 6, 312-318.
- 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.
- Wald, J. y Taylor, S. (2000). Efficacy of virtual reality exposure therapy to treat driving phobia: a case report. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 31, 249-257.

- Wald, J. y Taylor, S. (2003). Preliminary research on the efficacy of virtual reality exposure therapy to treat driving phobia. *CyberPsychology and Behavior*, 6, 459-465.
- Walshe, D. G., Lewis, E. J., Kim, S. I., O'Sullivan, K., y Wiederhold, B. K. (2003). Exploring the Use of Computer Games and Virtual Reality in Exposure Therapy for Fear of Driving Following a Motor Vehicle Accident. *CyberPsychology and Behavior*, 6, 329-334.
- Wallach, H. S., Safir, M. P. y Bar-Zvi, M. (2009). Virtual reality cognitive behaviour therapy for public speaking anxiety: a randomized clinical trial. *Behavior Modification*, 33, 314-338.
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellengen, 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 and Engineering*, 60, 1837.
- Wiederhold, B. K., Jang, D. P., Kim, S. I. y Wiederhold, M. D. (2002). Physiological monitoring as an objective tool in virtual reality therapy. *CyberPsychology and Behavior*, 5, 77-82.
- Wiederhold, B. K. y Wiederhold, M. D. (1998). A Review of Virtual Reality as a Psychotherapeutic Tool. *CyberPsychology and Behavior*, 1, 45-52.
- Wiederhold, B. K. y Wiederhold, M. D. (2003). Three year follow-up for virtual reality exposure for fear of flying. *CyberPsychol and Behavior*, 6, 441-445.
- Wing, J. K., Babor, T., Brugha, T., Burke, J., Cooper, J., Giel, R. et al. (1990). SCAN: Schudeles for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 47, 589-593.
- Woelk, H., Arnoldo, K. H., Kieser, M. y Hoerr, R. (2007). Ginkgo biloba special extract EGb 716 in generalized anxiety disorder and adjustment disorder with anxious mood: A randomized, doubled-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 41, 472-480.
- Wood, D. P., Wiederhold, B. K. y Spira, J. (2010). Lessons Learned from 350 Virtual-Reality Sessions with Warriors Diagnosed with Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13, 3-11.

Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale.  
*Acta Psychiatrica Scandubava*, 67, 361-370.

Zimand, E., Rothbaum, B., Tannenbaum, L., Ferrer, M. y Hodges, L. F. (2003).  
Technology meets psychology: Integrating virtual reality into clinical  
practice, *The Clinical Psychologist*, 56, 5–11.



## **V. ANEXOS**



## ***ANEXO 1: TABLA RESUMEN DE LOS INSTRUMENTOS Y MEDIDAS DE EVALUACIÓN***

<p><b>1. Instrumentos diagnósticos:</b> Entrevista de admisión (Lapsitec, 1995). Entrevista diagnóstica para los Trastornos Adaptativos (Andreu-Mateu, Botella, Baños y Quero, 2008). Entrevista biográfica (Labpsitec, 1995). Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams y Smith, 1999)</p>
<p><b>2. Medidas de interferencia y gravedad:</b> Escala de Inadaptación (Adaptada de Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Escala de Interferencia/gravedad valorada por terapeuta (Adaptada de la escala del ADIS-IV de Di Nardo, Brown y Barlow, 1994).</p>
<p><b>3. Escalas para medir los objetivos de terapia (ambos instrumentos se encuentran englobados bajo el epígrafe: "Evaluación pre: emociones y escala de malestar emocional, evitación y creencia")</b> Escala de malestar emocional, evitación y creencia (Adaptación de las escalas de Mark y Mathews, 1979). Escalas Analógico-visuales para medir diferentes emociones.</p>
<p><b>4. Otras medidas clínicas relevantes</b> Medidas específicas de TA: Inventario de Duelo Complicado (ICG; Inventory of Complicated Grief, Prigerson, 1995). Inventario de pérdida. 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 (1995) Medidas de psicopatología general: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck Depression Inventory, Beck, Steer, y Brown, 1996). Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Positive and Negative Affect Scales; Watson, Clark y Tellegen, 1988). Medidas de autoeficacia y autoestima Escala de autoeficacia (Labpsitec, 2009). Cuestionario de autoestima (Rosenberg, 1965). Medida de Crecimiento Postraumático Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI, Posttraumatic Growth Inventory, Tedeschi y Calhoun, 1996).</p>
<p><b>5. Medidas de expectativas y satisfacción y preferencia en relación al tratamiento:</b> Escala de Expectativas en relación al el tratamiento (Adaptación Borkovec y Nau, 1972). Escala de Satisfacción con el tratamiento (Adaptación Borkovec y Nau, 1972). Cuestionario de preferencias (Labpsitec, 2010). Escala de Opinión sobre el tratamiento para los terapeutas (Adaptación Borkovec y Nau, 1972).</p>
<p><b>6. Hojas de consentimiento:</b> Hoja de consentimiento del tratamiento (Labpsitec, 2008) Hoja de consentimiento de grabación (Labpsitec, 2008)</p>



**ANEXO 2: INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS**

---

**ENTREVISTA DE ADMISIÓN**

**(Labpsitec, 1995)**

TERAPEUTA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**1. DATOS PERSONALES**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Edad y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Tfnos.: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Nivel de estudios: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Señale las personas que habitualmente viven en su casa:

\_\_\_\_\_

¿Quién le ha dado referencias para acudir aquí?

\_\_\_\_\_

## **2. DELIMITACIÓN DE LA CONDUCTA PROBLEMA**

2.1. ¿Cuál es el problema o los problemas que le han llevado a buscar tratamiento?

2.2. En la siguiente escala de 1 a 10 ¿dónde situaría Ud. la gravedad de su problema?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<hr/>										
Leve										
Muy grave										

2.3. ¿En qué situaciones aparece el problema?(En qué lugares, con qué personas, a qué horas y qué días)

2.4. ¿Con qué frecuencia surge el problema en la actualidad?

2.5. ¿Qué hace usted cuando surge el problema? (antes, durante y después)

2.6. ¿Qué hacen los demás?

2.7. ¿Qué piensa o se dice a sí mismo cuando surge el problema?

2.8. ¿Qué sensaciones físicas tiene cuando ocurre el problema? (Antes y después)

## **3. INTERFERENCIA**

3.1. ¿Cómo afecta el problema en su vida? (en el trabajo, en su casa, en su relación con otras personas?)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<hr/>										
			Poco			Bastante			Mucho	

3.2. ¿Cómo afecta el problema a las personas que se relacionan con usted?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<hr/>										
			Poco			Bastante			Mucho	

3.3. Tiene usted algún problema importante económico, legal o familiar en la actualidad? (Deudas, órdenes de embargo, trámites de divorcio, custodia de niños, juicios pendientes... )

#### **4. EVOLUCIÓN Y DESARROLLO**

4.1. ¿Cuándo esto que le sucede empezó a ser un problema para usted?

4.2. ¿Durante ese periodo recuerda usted si hubo un cambio o un acontecimiento en su vida?

4.3. ¿El problema ha permanecido igual desde entonces, ha mejorado, ha empeorado? (Si hay cambios, cuándo ocurrieron, en qué circunstancias y qué acontecimientos lo acompañaron)

4.4. ¿Qué ha hecho usted hasta ahora para solucionar su problema? (Por sí mismo, tratamientos recibidos, medicación actual)

4.5. ¿Ha tenido usted algún problema psicológico antes de la aparición del problema actual? No ( ) Sí ( ) ¿Qué problema? ¿Recibió algún tipo de tratamiento? (Especificar)

#### **5. CAUSALIDAD**

¿A qué atribuye usted su problema?

#### **6. DIAGNÓSTICO Y COMORBILIDAD**

##### ***Enfermedad Médica***

6.1. ¿Padece usted alguna enfermedad o problema físico (aparato cardiovascular, respiratorio,...)? ¿Qué medicación toma?

##### ***Consumo de sustancias***

6.2. ¿Toma bebidas alcohólicas en las comidas? ¿Y fuera de ellas? ¿Durante el fin de semana? Tomar nota de la frecuencia y cantidad si procede.

6.3. ¿Consumo otras sustancias como tabaco, estimulantes, tranquilizantes, hipnóticos, cocaína, heroína, éxtasis, “pastillas”, etc. ¿ (Frecuencia y cantidad)

### ***Estado de ánimo***

6.4. ¿Cómo se siente usted últimamente? ¿Cómo ha sido su estado de ánimo últimamente?

6.5. Abulia. ¿Le cuesta más trabajo de lo habitual hacer las tareas cotidianas? ¿Le cuesta levantarse de la cama para empezar un nuevo día?

6.6. Anhedonia. ¿Ha perdido interés en las cosas que antes le agradaban?

6.7 Desesperanza. ¿Piensa que las cosas mejorarán? ¿Cómo ve usted el futuro?

6.8. Desesperanza. ¿Siente que vale la pena vivir? ¿Piensa mucho en la muerte? ¿Se ha planteado acabar con su vida?

### **Tr. Ansiedad.**

6.9. Ansiedad generalizada. ¿Está preocupado o molesto por algo más de lo habitual en usted?

6.10. Fobias específicas-agorafobia. ¿Siente ansiedad o miedo intenso a determinadas situaciones o lugares concretos? (Describir los síntomas) ¿Hay situaciones que evita o que le ponen nervioso?

### ***Sueño y apetito***

6.11. ¿Tiene problemas para dormirse?

6.12. ¿Tiene problemas con su apetito?

### **T.O.C.**

6.13. Pensamientos obsesivos. ¿Tiene pensamientos, impulsos o imágenes que le parezcan absurdos o desagradables y que le vuelven una y otra vez a pesar de que intenta detenerlos? (Por ejemplo, hacer daño a alguien, estar contaminado por gérmenes o suciedad, etc.)

6.14. Compulsiones y rituales obsesivos. ¿Hay alguna cosa que tenga que hacer una y otra vez sin poder resistirse a hacerlo? (Por ejemplo, lavarse las manos en repetidas ocasiones, revisar algo varias veces, etc.)

### **Conductas adictivas.**

6.15. ¿Hay alguna conducta que haga de manera impulsiva, siendo muy difícil para usted controlarla? (Poner ejemplos) ¿Hasta que punto le sigue afectando?

### **T.E.P.T.**

6.16. ¿Ha tenido alguna vez una experiencia realmente traumática? (algo que no le suele ocurrir al resto de la gente)? (Poner ejemplos) ¿Hasta que punto le sigue afectando?

### *TR. Alimentarios*

6.17. ¿Le preocupa o tiene miedo de ganar peso?

6.18. ¿En qué medida está satisfecho con su cuerpo o con partes de él?

### *Otros*

6.19. ¿Hay algún otro problema que no hayamos tratado aquí y del que quisiera hablar?

## **7. EXPECTATIVAS HACIA LA TERAPIA**

¿Qué resultados espera usted de la terapia?

## **8. OBSERVACIONES**

8.1. Apariencia física, tono de voz, fluidez en el habla, postura, tics, estado de ánimo (al inicio, durante y al final de la entrevista), grado de colaboración con el terapeuta y algún otro dato que resulte relevante.

## **9. PRIMERA IMPRESIÓN (HIPÓTESIS)**

# ENTREVISTA DIAGNÓSTICA PARA LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS (Andreu-Mateu, Botella, Baños y Quero, 2008)

Nombre.....	Código/DNI
.....	
Edad .....	Fecha de nacimiento:.....
Hombre.....	Género..... <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
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/No	Duración en 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		

(\*1) Si hay muerte ir a los CRITERIOS DE DUELO (apartado V)

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:.....

3- 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 (0-8)	Frecuencia	¿Cuándo comenzó?
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	

**V- CRITERIOS DE DUELO COMPLICADO (Prigreson & Jacobs, 2001)**

**Criterio A**

1- ¿Se ha producido recientemente o en el pasado la muerte de alguna persona significativa para usted?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

2-¿En la actualidad, y cómo consecuencia de la muerte de esta persona significativa, tiene alguno de los siguientes síntomas? (Se requieren al menos 3 síntomas para el diagnóstico)

2.1- ¿ Le acuden a la mente pensamientos intrusivos acerca del fallecido?

.....  
.....  
.....

2.2- ¿ Siente añoranza del fallecido y lo recuerda con pena?

.....  
.....  
.....

2.3- ¿Tiene deseos o realiza conductas de búsqueda del fallecido, aún sabiendo que está muerto?

.....  
.....  
.....

2.4- ¿ Le embarga una sensación de soledad como resultado del fallecimiento?

.....  
.....  
.....

**Criterio B**

1-¿Siente que la muerte de esa persona le ha provocado alguna de las siguientes consecuencias?

(Se requieren al menos 4 síntomas para el diagnóstico)

1.1- ¿ Ha dejado de plantearse metas o siente que ya no desea conseguir aquellas que se había planteado con anterioridad?. ¿Se siente inútil cuando mira hacia el futuro?

.....  
.....  
.....

1.2- ¿ Siente que ya nada le afecta emocionalmente?. ¿Se ha vuelto frío o indiferente?

.....  
.....  
.....

1.3- ¿ Tiene dificultades para aceptar la muerte de la persona? (p.ej., no terminar de creérselo).

.....  
.....  
.....

1.4- ¿ Siente que la vida se ha quedado vacía o que ya no tiene sentido?

.....  
.....  
.....

1.5- ¿ Siente que se ha muerto una parte de sí mismo?

.....  
.....  
.....

1.6- ¿ Siente que se ha hecho pedazos la forma en que veía y entendía el mundo?

(Perder la sensación de seguridad, confianza, control, etc.)

.....  
.....  
.....

1.7- ¿ Ha comenzado a tener síntomas o a asumir conductas perjudiciales que realizaba el fallecido o que estaban relacionadas con él?

.....  
.....  
.....

1.8- ¿ Siente que está demasiado irritable, amargado o enfadado por la muerte de esa persona?

.....  
.....  
.....

TABLA RESUMEN DEL DIAGNÓSTICO

Síntomas criterio A		Síntomas criterio B		Diagnóstico duelo complicado
Menos de 3		Menos de 4		No
3 ó más		4 ó más		Si



## ENTREVISTA BIOGRÁFICA. (Labpsitec, 1995)

### INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas hacen referencia a aspectos de su vida personales y a sus valoraciones sobre ellos. Sus respuestas nos van a servir para abordar, del modo más completo y profundo, los problemas que le aquejan y, además, facilitarán su tratamiento.

Es comprensible que le preocupe lo que ocurra con la información personal que va a relatar. Sin embargo, puede estar seguro de la confidencialidad con que se manejan sus datos

Nombre:.....

Género:..... Mujer  Hombre  DNI:.....

Teléfono:.....

Edad:..... Fecha/Lugar

Nacimiento:.....

Estado Civil: Soltero  Casado  Viudo  Separado

Pareja Estable: Si  No  Residencia: Rural  Urbana

Domicilio:..... C.P.:.....

Población:.....

Provincia:.....

1. PADRE

Nombre:.....Edad:.....Profesión:.....

...

Nivel

educativo:.....Religión:.....

Si ha fallecido: edad del paciente cuando

sucedio:.....

¿Cómo ha sido/es la relación con su padre

a) en el pasado?

b) en el presente?

MUY MALA	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

2. MADRE

Nombre:.....Edad:.....Profesión:.....

Nivel educativo:.....Religión:.....

Si ha fallecido: edad del paciente cuando sucedio:.....

¿Cómo ha sido/es la relación con su padre

a) en el pasado?

b) en el presente?

MUY MALA	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

3. RELACIÓN ENTRE SUS PADRES

MUY MALA	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
1	2	3	4	5

4. HERMANOS

Nº de hermanos:.....Edades:.....

Nº de hermanas:.....Edades:.....

¿Cómo ha sido/es la relación con ellos

a) en el pasado?

b) en el presente?

MUY MALA	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

5. ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Algún miembro de la familia ha estado/está bajo tratamiento psiquiátrico y/o psicológico? Especifique.

.....  
.....  
.....

I. DATOS LABORALES

1. Trabajo actual: ¿Qué tipo de trabajo desempeña ahora?  
 .....  
 .....

2. ¿Está satisfecho con su trabajo actual?

MUY MALA	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
1	2	3	4	5

3. ¿Cuál es su situación económica?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

II. DATOS DEL ÁREA SOCIAL

1. ¿Cómo calificaría Ud. su vida social (actividades y/o contactos sociales)?

MUY MALA	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
1	2	3	4	5

III. DATOS DEL ÁREA SEXUAL

1. ¿Mantiene Ud. alguna actividad sexual? SI  NO   
 Frecuencia:.....

2. ¿Cómo calificaría su vida sexual actual?

MUY MALA	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
1	2	3	4	5

3. Indique (marcando una o varias opciones) si mantiene Ud. actividad sexual  
 consigo mismo       heterosexual    homosexual       bisexual

IV. DATOS SOBRE LA PAREJA-NÚCLEO FAMILIAR

1. PAREJA  
 Nombre:.....Edad:.....Profesión:.....  
 Nivel educativo:.....Religión:.....

2. ¿Cuánto hace que vive/está con su pareja?.....

3. ¿Cómo ha sido/es la relación con su pareja  
 a) en el pasado?  
 b) en el presente?

MUY MALA	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

4 HIJOS

Si tiene hijos indique su nombre, edad, sexo y la relación con cada uno de ellos.

Nombre:.....Edad:..... Hombre  Mujer

Relación:.....

MUY MALA	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
1	2	3	4	5

Nombre:.....Edad:..... Hombre  Mujer

Relación:.....

MUY MALA	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
1	2	3	4	5

Nombre:.....Edad:..... Hombre  Mujer

Relación:.....

MUY MALA	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
1	2	3	4	5

5 ¿Alguno de sus hijos presenta problemas especiales?

.....  
 .....  
 .....

6 ¿Cómo es su relación con la familia política?

MUY MALA	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
1	2	3	4	5

V. DATOS SOBRE LA SALUD
-------------------------

1. Problemas durante embarazo o parto: SI  NO

¿Cuáles?.....  
 .....  
 .....

2. Enfermedades: SI  NO

¿Cuáles/Edad?.....  
 .....  
 .....  
 .....

¿Medicamentos en la actualidad?.....

.....  
 .....

3. Interenciones Quirúrgicas: SI  NO

¿Cuáles/Edad?.....

.....

.....

4. ¿Qué tal duerme?

MUY MALA	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
1	2	3	4	5

5. ¿Cómo calificaría su apetito?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Cómo calificaría Ud. su salud física?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

VI. OBSERVACIONES

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

VII. GENOGRAMA

# SCID-II

## (First, Gibbon, Spitzer, Williams y Smith, 1999)

**Nombre:**

**Fecha:**

Estas preguntas son acerca del tipo de persona que es Ud. en general (es decir, cómo se ha sentido o comportado normalmente durante muchos años). Rodee con un círculo la palabra “SÍ” si la pregunta se adapta a Ud. completamente o en general, o bien rodee con un círculo la palabra “NO” si no se adapta a Ud. Si no entiende alguna pregunta o no está seguro de la respuesta, déjela en blanco.

1. ¿Ha evitado trabajos o tareas que implicaban tener que tratar con mucha gente?	NO	SÍ	CP4
2. ¿Evita entablar relación con otras personas a menos que esté seguro de que les va a caer bien?	NO	SÍ	CP5
3. ¿Le resulta difícil ser “abierto” incluso con las personas con las que mantiene una relación cercana?	NO	SÍ	CP6
4. ¿Le preocupa con frecuencia ser criticado o rechazado en situaciones sociales?	NO	SÍ	CP7
5. Permanece generalmente callado cuando conoce a gente nueva?	NO	SÍ	CP8
6. ¿Cree Ud. que no es tan bueno, tan listo o tan atractivo como la mayoría de las personas?	NO	SÍ	CP9
7. ¿Le da miedo intentar cosas nuevas?	NO	SÍ	CP10
8. ¿Necesita Ud. dejarse aconsejar y desangustiar mucho por parte de otras personas antes de poder tomar decisiones cotidianas, como qué ropa ponerse o qué pedir en un restaurante?	NO	SÍ	CP11
9. ¿Depende Ud. de otras personas para controlar áreas importantes de su vida, como asuntos económicos, el cuidado de los hijos o decisiones sobre dónde y cómo vivir?	NO	SÍ	CP12
10. ¿Le resulta difícil mostrarse en desacuerdo con otras personas incluso cuando considera que están equivocadas?	NO	SÍ	CP13
11. ¿Le cuesta empezar o realizar tareas cuando no hay nadie que le ayude?	NO	SÍ	CP14
12. ¿Se ha ofrecido con frecuencia voluntario para realizar tareas desagradables?	NO	SÍ	CP15
13. ¿Se siente Ud. generalmente incómodo cuando está solo?	NO	SÍ	CP16
14. Cuando finaliza una relación íntima, ¿siente Ud. que tiene que encontrar inmediatamente a otra persona que le cuide?	NO	SÍ	CP17
15. ¿Le preocupa mucho que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo?	NO	SÍ	CP18
16. ¿Es Ud. la clase de persona que se fija en los detalles, el orden y la organización o a la que le gusta hacer listas y agendas?	NO	SÍ	CP19
17. ¿Tiene problemas a la hora de finalizar tareas o trabajos debido a que emplea demasiado tiempo tratando de hacer las cosas de forma perfecta?	NO	SÍ	CP20

18. ¿Les parece a Ud. o a otras personas que está tan dedicado a su trabajo (o estudios) que no le queda tiempo para nadie más, o simplemente para divertirse?	NO	SÍ	CP21
19. ¿Tiene Ud. unos valores muy estrictos sobre lo que está bien y lo que está mal?	NO	SÍ	CP22
20. ¿Le cuesta a Ud. mucho tirar las cosas porque algún día podrían serle útiles?	NO	SÍ	CP23
21. ¿Le cuesta dejar que otras personas le ayuden a menos que hagan las cosas exactamente como Ud. quiere?	NO	SÍ	CP24
22. ¿Le cuesta a Ud. mucho gastar dinero en Ud. mismo o en otros, incluso teniendo suficiente?	NO	SÍ	CP25
23. ¿Está a menudo tan seguro de tener razón que no le importa lo que digan los demás?	NO	SÍ	CP26
24. ¿Le han comentado otras personas que es Ud. tozudo o rígido?	NO	SÍ	CP27
25. Cuando alguien le pide que haga algo que Ud. no quiere hacer, ¿dice que sí pero luego lo hace despacio o mal?	NO	SÍ	CP28
26. Cuando no quiere hacer algo, ¿suele simplemente “olvidarse” de hacerlo?	NO	SÍ	CP29
27. ¿Siente con frecuencia que los demás no le comprenden o que no aprecian lo mucho que Ud. hace?	NO	SÍ	CP30
28. ¿Está Ud. a menudo de mal humor y tiende a discutir?	NO	SÍ	CP31
29. ¿Le ha parecido a Ud. que la mayoría de sus jefes, profesores, super-visores, médicos y personas supuestamente expertas en realidad no lo son?	NO	SÍ	CP32
30. ¿Piensa a menudo que no es justo que otras personas tengan más que Ud.?	NO	SÍ	CP33
31. ¿Se queja Ud. a menudo de haber tenido más mala suerte de lo normal?	NO	SÍ	CP34
32. ¿Rehúsa a menudo con enfado hacer lo que quieren los demás, y luego se siente mal y se disculpa?	NO	SÍ	CP35
33. ¿Se siente habitualmente infeliz, o como si la vida no fuese agradable?	NO	SÍ	CP36
34. ¿Cree Ud. ser una persona básicamente incapaz y con frecuencia no se siente bien consigo mismo?	NO	SÍ	CP37
35. ¿Se descalifica a sí mismo con frecuencia?	NO	SÍ	CP38
36. ¿Piensa mucho en cosas malas que han sucedido en el pasado o se preocupa por las que podrían suceder en el futuro?	NO	SÍ	CP39
37. ¿Juzga a menudo a los demás con dureza y les encuentra defectos con facilidad?	NO	SÍ	CP40
38. ¿Cree Ud. que la mayoría de las personas no son buenas?	NO	SÍ	CP41
39. ¿Espera Ud. casi siempre que las cosas vayan mal?	NO	SÍ	CP42
40. ¿Se siente Ud. a menudo culpable de cosas que ha hecho o dejado de hacer?	NO	SÍ	CP43
41. ¿Tiene a menudo que estar alerta para evitar que los demás abusen de Ud. o le hieran?	NO	SÍ	CP44
42. ¿Pasa Ud. mucho tiempo preguntándose si puede fiarse de sus amigos o compañeros de trabajo?	NO	SÍ	CP45

43. ¿Cree Ud. que es mejor no dejar que otras personas sepan mucho sobre Ud. porque podrían utilizar la información en su contra?	NO	SÍ	CP46
44. ¿Detecta Ud. a menudo amenazas o insultos ocultos en lo que la gente dice o hace?	NO	SÍ	CP47
45. ¿Es Ud. la clase de persona que guarda rencor o tarda mucho tiempo en perdonar a las personas que le han insultado o menospreciado?	NO	SÍ	CP48
46. ¿Hay muchas personas a las que no puede perdonar por algo que le hicieron o le dijeron hace mucho tiempo?	NO	SÍ	CP49
47. ¿Con frecuencia se enfada o se pone furioso cuando alguien le critica o le insulta de alguna manera?	NO	SÍ	CP50
48. ¿Ha sospechado a menudo que su pareja le era infiel?	NO	SÍ	CP51
49. Cuando está en público y ve personas hablando, ¿a menudo le parece que están hablando de Ud.?	NO	SÍ	CP52
50. ¿Tiene con frecuencia la impresión de que cosas que no poseen ningún significado especial para la mayoría de la gente de hecho contienen en realidad un mensaje especial para Ud.?	NO	SÍ	CP53
51. Cuando está entre la gente, ¿tiene a menudo la sensación de que lo están observando o mirando fijamente?	NO	SÍ	CP54
52. ¿Ha sentido alguna vez que podría hacer que sucedieran cosas simplemente formulando un deseo o pensando en ellas?	NO	SÍ	CP55
53. ¿Ha tenido experiencias personales de tipo sobrenatural?	NO	SÍ	CP56
54. ¿Cree tener un “sexto sentido” que le permite conocer y predecir cosas que otros no pueden?	NO	SÍ	CP57
55. ¿Le ha parecido a menudo como si los objetos o las sombras fueran realmente personas o animales, o que los ruidos fueran en realidad voces de personas?	NO	SÍ	CP58
56. ¿Ha tenido la sensación de que alguna persona o fuerza se hallaba alrededor de Ud., aunque no podía ver a nadie?	NO	SÍ	CP59
57. ¿Ve con frecuencia auras o campos de energía alrededor de las personas?	NO	SÍ	CP60
58. ¿Hay muy pocas personas a las que se sienta próximo aparte de su familia inmediata?	NO	SÍ	CP61
59. Se siente con frecuencia nervioso cuando está con otras personas?	NO	SÍ	CP62
60. ¿Es poco importante para Ud. si tiene o no relaciones personales?	NO	SÍ	CP63
61. ¿Prefiere Ud. casi siempre hacer las cosas solo y no con otras personas?	NO	SÍ	CP64
62. ¿Podría estar satisfecho sin tener jamás ninguna relación sexual con otra persona?	NO	SÍ	CP65
63. ¿Hay realmente muy pocas cosas que le proporcionen placer?	NO	SÍ	CP66
64. ¿Le es totalmente indiferente lo que otras personas piensen de Ud.?	NO	SÍ	CP67
65. ¿Cree que no hay nada que le ponga ni muy contento ni muy triste?	NO	SÍ	CP68
66. ¿Le gusta ser el centro de atención?	NO	SÍ	CP69
67. ¿Coquetea mucho?	NO	SÍ	CP70

68. ¿Se da cuenta a menudo de que se está comportando de forma seductora con otras personas?	NO	SÍ	CP71
69. ¿Trata de llamar la atención a través de su forma de vestir o su aspecto físico?	NO	SÍ	CP72
70. ¿Se muestra a menudo como una persona dramática y pintoresca?	NO	SÍ	CP73
71. ¿Cambia a menudo de opinión según las personas con las que esté o según lo que acabe de leer o ver en la televisión?	NO	SÍ	CP74
72. ¿Tiene Ud. muchos amigos a los que se siente muy próximo?	NO	SÍ	CP75
73. ¿Considera que a menudo los demás no saben apreciar su talento o sus cualidades?	NO	SÍ	CP76
74. ¿Le han comentado otras personas que tiene una opinión demasiado elevada de sí mismo?	NO	SÍ	CP77
75. ¿Piensa mucho en que algún día alcanzará el poder, la fama o el reconocimiento?	NO	SÍ	CP78
76. ¿Pasa Ud. mucho tiempo pensando que algún día disfrutará del romance perfecto?	NO	SÍ	CP79
77. Cuando tiene un problema, ¿insiste casi siempre en ver al máximo responsable?	NO	SÍ	CP80
78. ¿Considera Ud. que es importante dedicar el tiempo a personas especiales o influyentes?	NO	SÍ	CP81
79. ¿Es muy importante para Ud. que la gente le preste atención o le admire de alguna manera?	NO	SÍ	CP82
80. ¿Cree Ud. que no es necesario respetar ciertas reglas o convenciones sociales si suponen un obstáculo en su camino?	NO	SÍ	CP83
81. ¿Considera Ud. que es la clase de persona que merece un trato especial?	NO	SÍ	CP84
82. ¿A menudo le resulta necesario aprovecharse de otros para conseguir lo que quiere?	NO	SÍ	CP85
83. ¿Tiene con frecuencia que anteponer sus necesidades a las de otras personas?	NO	SÍ	CP86
84. ¿Espera a menudo que otras personas hagan lo que les pide sin vacilar, por se Ud. quien es?	NO	SÍ	CP87
85. ¿A Ud. realmente no le interesan los problemas y sentimientos de los demás?	NO	SÍ	CP88
86. ¿Se han quejado personas de que Ud. no les escucha o de que no se preocupa por sus sentimientos?	NO	SÍ	CP89
87. ¿Tiene a menudo envidia de otras personas?	NO	SÍ	CP90
88. ¿Cree Ud. que los demás a menudo le envidian a Ud.?	NO	SÍ	CP91
89. ¿Le parece que hay muy pocas personas que merezcan que Ud. les dedique su tiempo y atención?	NO	SÍ	CP92
90. Se ha puesto furioso con frecuencia cuando ha creído que alguien a quien realmente quería iba a abandonarle?	NO	SÍ	CP93
91. Las relaciones con las personas que verdaderamente quiere, ¿tienen muchos altibajos extremos?	NO	SÍ	CP94

92. ¿Cambia a veces de repente su sentido de quién es Ud. o hacia dónde va?	NO	SÍ	CP95
93. ¿Cambia a menudo dramáticamente su sentido de quién es?	NO	SÍ	CP96
94. ¿Es Ud. diferente con diferentes personas o en diferentes situaciones, de tal manera que a veces no sabe quién es Ud. en realidad?	NO	SÍ	CP97
95. ¿Se han producido muchos cambios bruscos en sus metas, planes profesionales, creencias religiosas, etc.?	NO	SÍ	CP98
96. ¿Ha hecho a menudo cosas impulsivamente?	NO	SÍ	CP99
97. ¿Ha tratado de hacerse daño o matarse, o ha amenazado con hacerlo?	NO	SÍ	CP100
98. ¿Alguna vez se ha cortado, quemado o herido a sí mismo a propósito?	NO	SÍ	CP101
99. ¿Experimenta Ud. muchos cambios repentinos de estado de ánimo?	NO	SÍ	CP102
100. ¿Se siente con frecuencia vacío por dentro?	NO	SÍ	CP103
101. ¿Tiene Ud. a menudo arranques de cólera o se enfurece tanto que pierde el control?	NO	SÍ	CP104
102. Cuando se enfada, ¿golpea Ud. a las personas o arroja objetos?	NO	SÍ	CP105
103. ¿Se pone muy furioso incluso por cosas sin importancia?	NO	SÍ	CP106
104. Cuando se halla bajo una gran tensión, ¿se vuelve suspicaz con otras personas o se siente especialmente distante y ausente?	NO	SÍ	CP107
105. Antes de los 15 años, ¿intimidaba o amenazaba a otros niños?	NO	SÍ	CP108
106. Antes de los 15 años, ¿provocaba Ud. peleas?	NO	SÍ	CP109
107. Antes de los 15 años, ¿hirió o amenazó a alguien con un arma, como por ejemplo un palo, una piedra, una botella rota, una navaja o una pistola?	NO	SÍ	CP110
108. Antes de los 15 años, ¿torturó deliberadamente a alguien o le causó dolor y sufrimiento físico?	NO	SÍ	CP111
109. Antes de los 15 años, ¿torturó o hirió a animales a propósito?	NO	SÍ	CP112
110. Antes de los 15 años, ¿robó, atracó o arrebató por la fuerza algo a alguien amenazándole?	NO	SÍ	CP113
111. Antes de los 15 años, ¿forzó a alguien a tener relaciones sexuales con Ud., a desvestirse delante de Ud. o a tocarle sexualmente?	NO	SÍ	CP114
112. Antes de los 15 años, ¿provocó algún incendio?	NO	SÍ	CP115
113. Antes de los 15 años, ¿destruyó deliberadamente cosas que no eran suyas?	NO	SÍ	CP116
114. Antes de los 15 años, ¿irrumpió en casa, otros edificios o coches de otras personas?	NO	SÍ	CP117
115. Antes de los 15 años, ¿mentía mucho o estafaba a otras personas?	NO	SÍ	CP118
116. Antes de los 15 años, ¿robaba cosas (sin enfrentarse con la víctima) o falsificaba la firma de otras personas?	NO	SÍ	CP119

117. Antes de los 15 años, ¿se escapó de casa y pasó la noche fuera?	NO	SÍ	CP120
118. Antes de los 13 años, ¿permanecía mucho tiempo fuera de casa y llegaba mucho más tarde de la hora permitida?	NO	SÍ	CP121
119. Antes de los 13 años, ¿faltaba a menudo a clase?	NO	SÍ	CP122

## ***ANEXO 3: MEDIDAS DE INTERFERENCIA Y GRAVEDAD***

---

### **ESCALA DE INADAPTACIÓN (Adaptada de Echeburúa, Corral y Fernandez- Montalvo, 2000)**

En la actualidad ¿en qué grado interfiere su problema en las siguientes áreas de su vida?

1-TRABAJO. En su funcionamiento en el trabajo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada		Poco		Bastante		Mucho		Muchísimo

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

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

4- RELACIÓN DE PAREJA. En su relación de pareja.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada		Poco		Bastante		Mucho		Muchísimo

5- VIDA FAMILIAR.- En sus relaciones familiares.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada		Poco		Bastante		Mucho		Muchísimo

6- ESCALA GLOBAL. En su vida normal en general.

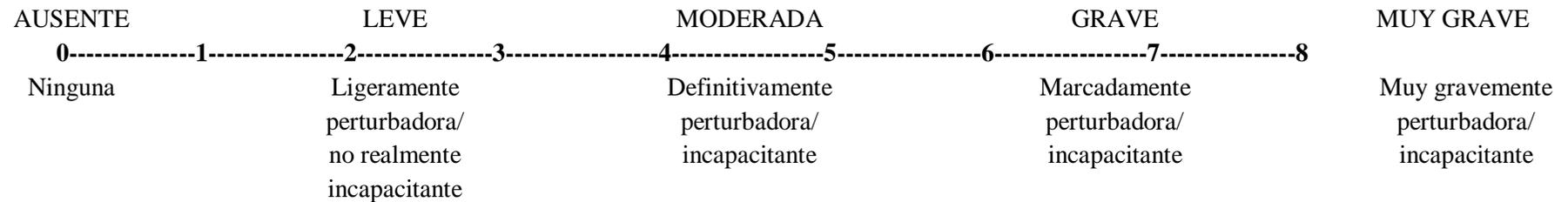
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada		Poco		Bastante		Mucho		Muchísimo

## 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:**



**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 Inc.

## ANEXO 4: ESCALAS PARA MEDIR LOS OBJETIVOS DE TERAPIA

### EVALUACIÓN PRE EMOCIONES Y ESCALA DE MALESTAR EMOCIONAL, EVITACIÓN Y CREENCIA (Adaptación Marks y Mathews, 1979)

Terapeuta:

Número de Sesión:

Nombre:

Fecha:

1. ¿Con qué frecuencia durante la semana pasada (desde la sesión anterior) has sentido cada una de estas emociones?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca					Algunas veces					Continuamente

TRISTEZA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RABIA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ANSIEDAD	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RELAX	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ALEGRÍA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ESPERANZA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Otras:.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Otras:.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Si tuviste esa emoción, ¿con qué intensidad la experimentaste?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada					Moderado					Totalmente

TRISTEZA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RABIA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ANSIEDAD	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RELAX	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ALEGRÍA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ESPERANZA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Otras:.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Otras:.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- 3 ¿En qué medida, cuando pienso ahora en ese "acontecimiento" (llamar al problema por su nombre, por ej., la muerte de mi hijo, la separación, los problemas familiares,...), éste me hace sentir cada una de estas emociones?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada					Moderado					Totalmente

TRISTEZA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RABIA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANSIEDAD	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RELAX	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ALEGRÍA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ESPERANZA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Otras:.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Otras:.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Utilizando la siguiente escala responde a las cuestiones que se presentan a continuación:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada					Moderadamente					Totalmente

4-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.		

5-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.		

6-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.		

7-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 5: OTRAS MEDIDAS CLÍNICAS RELEVANTES***

---

### **Medidas específicas de TA**

## **INVENTARIO DE DUELO COMPLICADO (Prigerson et al., 1995)**

**Nombre:**

**Fecha:**

NOTA: Cumplimentar sólo en el caso de que el evento estresante sea un fallecimiento.

POR FAVOR, marque con una cruz la respuesta que mejor describa cómo se siente en este momento:

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 que murió me producen malestar...  
/ Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre
3. Siento que no puedo aceptar la muerte de esa persona...  
/ Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre
4. Siento mucha nostalgia por la persona que murió ...  
/ Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre
5. Me siento arrastrado hacia lugares y cosas asociados a la persona que murió...  
/ Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre
6. No puedo evitar sentirme enfadado/a sobre su muerte...  
/ Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre
7. Siento incredulidad acerca de lo que ocurrió ...  
/ Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre
8. Me siento aturdido/a respecto a lo que ocurrió ...  
/ Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre
9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en los demás ...  
/ Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre
10. Desde que él/ella murió siento como si hubiera perdido la habilidad de sentir afecto por otras personas o me siento distante respecto a las personas que quiero ...  
/ Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre

11. Siento dolor en la misma parte de mi cuerpo o tengo alguno de los mismos síntomas de la persona que murió...  
/ Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre
12. Abandono ciertas situaciones para evitar las cosas que me recuerdan a la persona que murió.  
/ Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre
13. Siento que la vida está vacía sin esa persona...  
/ Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre
14. Oigo la voz de la persona que murió hablándome ...  
/ Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre
15. Veo a la persona que murió de pie frente a mí ...  
/ Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre
16. Siento que es injusto que yo viva cuando esta persona ha muerto...  
/ Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre
17. Siento amargura respecto a su muerte...  
/ Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre
18. Siento envidia de otras personas que no han perdido a alguien cercano...  
/ Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre
19. Me siento solo/a gran parte del tiempo desde que él/ella murió...  
/ Nunca / Raramente / A veces / A menudo / Siempre

**COMPRUEBE QUE HA RELLENADO TODAS LAS AFIRMACIONES**

## **INVENTARIO DE PÉRDIDA** **(Adaptado de Prigerson et al., 1995)**

**Nombre:**

**Fecha:**

POR FAVOR, marque con una cruz la respuesta que mejor describa cómo se siente en este momento:

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 arrastrado hacia lugares y cosas asociados a la persona/situación ...  
/ Nunca/ Raramente / A veces / A menudo / Siempre
6. No puedo evitar sentirme enfadado/a sobre su pérdida ...  
/ 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 hubiera perdido la habilidad de sentir afecto por otras personas o me siento distante respecto a las personas que quiero ...  
/ Nunca/ Raramente / A veces / A menudo / Siempre
11. Siento 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.

13. / Nunca/ Raramente / A veces / A menudo / Siempre  
Siento que la vida está vacía sin esa persona/situación...  
/ Nunca/ Raramente / A veces / A menudo / Siempre
14. Oigo la voz de la persona que perdí hablándome ...  
/ Nunca/ Raramente / A veces / A menudo / Siempre
15. Veo a la persona que perdí de pie frente a mí ...  
/ Nunca/ Raramente / A veces / A menudo / Siempre
16. Siento que es injusto que yo viva después de sufrir esta pérdida ...  
/ Nunca/ Raramente / A veces / A menudo / Siempre
17. Siento amargura respecto a su pérdida ...  
/ Nunca/ Raramente / A veces / A menudo / Siempre
18. Siento envidia de otras personas que no han sufrido una pérdida ...  
/ Nunca/ Raramente / A veces / A menudo / Siempre
19. Me siento solo gran parte del tiempo desde que perdí a esa persona/situación ...  
/ Nunca/ Raramente / A veces / A menudo / Siempre

**COMPRUEBE QUE HA RELLENADO TODAS LAS AFIRMACIONES**

## Medidas de psicopatología general

# 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 caso, señálela también. **Asegúrese de leer 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 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 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual
2 He perdido la mayor parte de mi interés por las demás o por las cosas	2a Mi apetito es mucho menor que antes 2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual
3 Me resulta difícil interesarme por algo	2a He perdido completamente el apetito 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 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 1b Duermo algo menos de lo habitual	
2a Duermo mucho más de lo habitual 2b Duermo mucho menos de lo habitual	
3a Duermo la mayor parte del día 3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme	

# PANAS

## (Watson, Clark y Tellegen, 1988)

Nombre:

Fecha:

Responda a las siguientes preguntas indicando en qué grado se siente de esa forma **justo ahora**, es decir, en el momento presente. Por favor, lea cada una con detenimiento y **RODEE** con un **CÍRCULO** el número que en cada una se ajuste mejor al grado en que se ha sentido conforme al siguiente criterio:

**1= Nada o muy ligeramente**

**2= Un poco**

**3= Moderadamente**

**4= Bastante**

**5= Mucho**

	NADA O MUY LIGERA -MENTE	UN POCO	MODERA DA- MENTE	BASTANTE	MUCHO
1. Interesado/a por las cosas	1	2	3	4	5
2. Angustiado/a	1	2	3	4	5
3. Ilusionado/a-Emocionado/a	1	2	3	4	5
4. Afectado	1	2	3	4	5
5. Fuerte	1	2	3	4	5
6. Culpable	1	2	3	4	5
7. Asustado/a	1	2	3	4	5
8. Agresivo/a	1	2	3	4	5
9. Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
10. Satisfecho/a consigo mismo/a	1	2	3	4	5
11. Irritable	1	2	3	4	5
12. 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. Concentrado/a	1	2	3	4	5
18. Agitado/a	1	2	3	4	5
19. Activo/a	1	2	3	4	5
20. Miedoso/a	1	2	3	4	5

## Medidas de autoeficacia y autoestima

### **ESCALA DE AUTOEFICACIA (LabPsitec, 2009)**

**Nombre:**

**Fecha:**

1. ¿En qué medida se siente capaz de desenvolverse con eficacia en las siguientes áreas de su vida?

1.1-TRABAJO. En su funcionamiento en el trabajo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada		Poco		Bastante		Mucho		Muchísimo

1.2- 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

1.3- 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

1.4- RELACIÓN DE PAREJA. En su relación de pareja.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada		Poco		Bastante		Mucho		Muchísimo

1.5- VIDA FAMILIAR.- En sus relaciones familiares.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada		Poco		Bastante		Mucho		Muchísimo

1.6- ESCALA GLOBAL. En su vida normal en general.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada		Poco		Bastante		Mucho		Muchísimo

## **CUESTIONARIO AUTOESTIMA (Rosenberg, 1965)**

**Nombre:**

**Fecha:**

La siguiente lista consiste en una serie de frases que se refieren a usted mismo y a su forma de pensar. Para cada frase existen cuatro alternativas de respuesta, de las que usted deberá elegir aquella con la que esté de acuerdo y la rodeará con un círculo.

Sea sincero, por favor.

1. Siento que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás.
  - a. Estoy muy de acuerdo
  - b. Estoy de acuerdo
  - c. No estoy de acuerdo
  - d. Estoy muy en desacuerdo
  
2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracaso.
  - a. Estoy muy de acuerdo
  - b. Estoy de acuerdo
  - c. No estoy de acuerdo
  - d. Estoy muy en desacuerdo
  
3. Creo que tengo varias cualidades buenas.
  - a. Estoy muy de acuerdo
  - b. Estoy de acuerdo
  - c. No estoy de acuerdo
  - d. Estoy muy en desacuerdo
  
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de las otras personas.
  - a. Estoy muy de acuerdo
  - b. Estoy de acuerdo
  - c. No estoy de acuerdo
  - d. Estoy muy en desacuerdo
  
5. Creo que no tengo muchos motivos para enorgullecerme.
  - a. Estoy muy de acuerdo
  - b. Estoy de acuerdo
  - c. No estoy de acuerdo

- d. Estoy muy en desacuerdo
6. Asumo una actitud positiva hacia mí mismo.
- a. Estoy muy de acuerdo
  - b. Estoy de acuerdo
  - c. No estoy de acuerdo
  - d. Estoy muy en desacuerdo
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.
- a. Estoy muy de acuerdo
  - b. Estoy de acuerdo
  - c. No estoy de acuerdo
  - d. Estoy muy en desacuerdo
8. Desearía sentir más aprecio por mí mismo.
- a. Estoy muy de acuerdo
  - b. Estoy de acuerdo
  - c. No estoy de acuerdo
  - d. Estoy muy en desacuerdo
9. A veces me siento realmente inútil.
- a. Estoy muy de acuerdo
  - b. Estoy de acuerdo
  - c. No estoy de acuerdo
  - d. Estoy muy en desacuerdo
10. A veces pienso que no sirvo para nada
- a. Estoy muy de acuerdo
  - b. Estoy de acuerdo
  - c. No estoy de acuerdo
  - d. Estoy muy en desacuerdo

## Media de Crecimiento Postraumático

# PTGI

## (Tedeschi y Calhoun, 1996)

**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 cambi o	Muy Pequeño	Pequeño	Medio	Grande	Muy grand e
1. He cambiado mis prioridades sobre lo que es importante en la vida.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
2. Aprecio más el valor de mi propia vida	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
3. He desarrollado nuevos intereses	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4. Tengo un sentimiento más fuerte de confianza en mí mismo	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
5. Tengo una mejor comprensión de algunas cuestiones espirituales	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6. Veo de manera más clara que puedo contar con la gente en momentos de crisis	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
7. He establecido un nuevo rumbo en mi vida	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
8. Tengo una mayor sensación de cercanía hacia los demás	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
9. Estoy más dispuesto a expresar mis sentimientos	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
10. Ahora sé mejor que puedo enfrentarme a los problemas	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

11. Creo que puedo hacer cosas mejores con mi vida	0	1	2	3	4	5
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









## CUESTIONARIO DE PREFERENCIAS (Labpsitec, 2010)

Nombre..... Código/DNI.....

Fecha.....

Modalidad de tratamiento recibido.....

### 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.

El tratamiento puede aplicarse bajo **dos** condiciones **diferentes**: en ambas se trata de lograr la exposición, elaboración y superación del acontecimiento; ahora bien, en una condición esto se realiza por medio de narrativas y en la otra condición se hace por medio de realidad virtual. Ambas condiciones han demostrado ser eficaces, pero la forma de llevar a cabo la terapia en ambos casos es distinta. A continuación, encontrará una descripción de las dos formas de aplicar el tratamiento. Por favor, lea atentamente la descripción de cada una de ellas y conteste a las preguntas que se presentan a continuación.

#### 1. Tratamiento con Realidad Virtual

La **Realidad Virtual** es una técnica que se ha utilizado en el tratamiento de diferentes problemas psicológicos (fobias, trastorno de pánico, trastorno de estrés protraumático...). En el caso del tratamiento de los TA contamos con un escenario virtual tridimensional, denominado “El Mundo de EMMA”. En este mundo especial la persona puede reflejar simbólicamente lo que le ha ocurrido y lo que siente, y permite

plasmar los cambios que se van produciendo a medida que la experiencia se elabora, procesa y supera. Dentro de El Mundo de EMMA se encuentra otra herramienta importante, El Libro de la Vida. Este libro, que se escribe utilizando símbolos, permite llevar a cabo varios procesos: promueve el recuerdo y la elaboración de los acontecimientos vividos, así como de los recuerdos, pensamientos y emociones asociados; favorece su aceptación y “ordenamiento” y, finalmente, permite guardar toda la experiencia en la memoria y utilizarla como fuente de aprendizaje y lección de vida en el futuro.

El Mundo de EMMA ofrece a la persona un lugar generado por el ordenador que le permite percibir (ver, oír), interactuar, desplazarse y utilizar los símbolos de un mundo virtual que ha sido creado para reflejar su experiencia y los cambios que va experimentando a medida que supera progresivamente su problema.

## **2. Tratamiento con Narrativa**

Otra forma de aplicar el tratamiento se basa en procedimientos más tradicionales, la utilización de la Narrativa, en la que se llevan a cabo los mismos procesos y se aplican las mismas estrategias que en la condición de Realidad Virtual pero sin utilizar la tecnología ni los símbolos. En este caso, paciente y terapeuta trabajan juntos analizando el acontecimiento estresante apoyándose en el Libro de la Vida que, en este caso, se escribe en forma de capítulos sobre papel. El propósito de El Libro de la Vida es el mismo que en la condición de Realidad Virtual, ayudar a la persona a recordar y elaborar los acontecimientos más importantes que le han sucedido recuperando los recuerdos, pensamientos y emociones relacionados con su experiencia. Una vez recuperados, le permite aceptarlos y “ordenarlos” para poder así guardarlos en la memoria, aprender de ellos y utilizarlos como lecciones de vida en el futuro.

En este caso, la persona cuenta con el espacio de la sala de terapia convencional en el que trabaja directamente con el terapeuta en la revisión y superación progresiva de su problema.

**Por favor, después de haber leído esta breve explicación sobre las diferentes alternativas de aplicación del tratamiento para los TA que se han utilizado en este trabajo, conteste a la siguiente pregunta:**

***1. Si hubiera podido elegir entre los DOS tipos de tratamiento, ¿cuál habría elegido? Rodee con un círculo la alternativa elegida:***

- a) Tratamiento utilizando escenarios de realidad virtual.
- b) Tratamiento utilizando narrativa.

## ESCALA DE OPINIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO (Adaptado de Nau y Borkovec, 1972)

Nombre:.....Código/DNI:.....

.....

Terapeutas: Después de haber aplicado tanto el tratamiento tradicional como el tratamiento basado en nuevas tecnologías, nos gustaría saber su opinión sobre el mismo.

-Por favor, conteste a las siguientes preguntas utilizando la siguiente escala:

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

---

Nada Muchísimo

	TR	RV
1.- ¿En qué medida le ha parecido lógico este tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ¿En qué medida le ha satisfecho el tratamiento que ha aplicado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- ¿En qué medida le recomendaría este tratamiento a un amigo/familiar que tuviera un TA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- ¿En qué medida le recomendaría la aplicación de este tratamiento a otro terapeuta para tratar un TA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- ¿En qué medida cree que este componente de tratamiento podría ser útil para tratar otros problemas psicológicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- ¿En qué medida cree que el tratamiento le ha resultado útil para sus pacientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- ¿En qué medida le ha resultado aversivo aplicar este tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2- Valore en una escala de 0-10 la utilidad en cada uno de los siguientes aspectos del tratamiento:

	TR	RV
El trabajo de elaboración mediante el libro de la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Técnicas paliativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resolución de problemas (Popper).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Técnicas de aceptación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El apoyo del terapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.- En el caso de la aplicación del tratamiento con RV (EMMA), valore el grado en que le han resultado útiles cada uno de los siguientes aspectos utilizando una escala de 0-10.

	0-10
La posibilidad de utilizar y elegir símbolos	
La posibilidad de elegir distintos entornos	
Que el entorno pudiera reflejar las emociones del paciente	
La posibilidad de introducir algo personal (ej. fotografía) en el entorno	
El procesador emocional	
La música	
Los efectos especiales: la niebla, la lluvia, el día y la noche, el terremoto etc.	



## ***ANEXO 7: HOJAS DE CONSENTIMIENTO***

---

### **HOJA DE CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO**

**(Labpsitec, 2008)**

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 puede aplicarse bajo tres condiciones: tratamiento con lista de espera (en el que tras la evaluación inicial transcurre un periodo de un mes antes de iniciar el tratamiento), tratamiento con narrativa y tratamiento con realidad virtual. Todas las 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 tratamientos 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

(Labpsitec, 2008)

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...



