



Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado
Curso 2014/2015
Convocatoria Junio

Modalidad: Trabajos de carácter profesional, relacionados con los diferentes ámbitos del ejercicio profesional para los que cualifica el título

Título: Diseño de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático

Autor: Ana Sánchez Marín

Tutora: Gemma Benavides Gil

Elche, a 5 de Junio de 2015

Índice

1. Resumen	1
2. Introducción	2
3. Método	8
3.1. Objetivos específicos	8
3.2. Beneficiarios	8
3.3. Instrumentos de evaluación	9
3.4. Descripción del programa de intervención	11
4. Discusión/Conclusión	16
5. Referencias	17
6. Anexos	24
Anexo A: Criterios diagnósticos TEPT según DSM-V (APA, 2014)	24
Anexo B: Autorregistro de conductas problema y sus mantenedores	29
Anexo C: Consentimiento informado	30
Anexo D: Registro de exposición en imaginación de situaciones neutras	31
Anexo E: Escalas y registros para el EMDR	32
Anexo F: Detalle del programa de intervención	36
Anexo G: Registro de asistencia	58
Anexo H: Modelo explicativo del mantenimiento del TEPT	59
Anexo I: Pautas de higiene del sueño	60
Anexo J: Autorregistro de patrón de sueño	62
Anexo K: Autorregistro de pesadillas	63
Anexo L: Contrato de confidencialidad	64
Anexo M: Técnicas y autorregistro de relajación	65
Anexo N: Listado de tipos de distorsiones cognitivas y pensamientos	73
Anexo O: Autorregistro pensamientos A-B-C-D	83
Anexo P: Listado de actividades agradables	84
Anexo Q: Autorregistro de exposición en imaginación	85
Anexo R: Autorregistro de exposición in vivo	86
Anexo S: Cuestionario de cambio percibido	87
Anexo T: Cuestionario de opinión personal.....	88

1. Resumen

El objetivo del presente trabajo es diseñar un programa de intervención, en formato tanto individual como grupal, para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático en adultos. El programa está integrado por técnicas cognitivo-conductuales de primera elección (psicoeducación, técnicas de desactivación, terapia cognitiva y terapia de exposición), por EMDR y por otras técnicas de carácter vivencial centradas en la arteterapia y los rituales terapéuticos. La intervención consta de 15 sesiones individuales y 13 sesiones grupales de periodicidad semanal. Los criterios de inclusión para participar en el tratamiento son: ser mayores de edad, cumplir los criterios para el TEPT según el DSM-V, no estar recibiendo otra terapia psicológica y no contar con un historial previo de trastorno mental o abuso de sustancias. Los pacientes serán derivados desde las unidades de salud mental a los centros de salud u hospitales donde se llevará a cabo la intervención. Con la finalidad de valorar la eficacia del programa se realizará una evaluación pre y postratamiento. Asimismo, también se han tenido en cuenta las limitaciones y desventajas que la aplicación del programa de intervención cognitivo-conductual, EMDR y arteterapia pueda presentar.

Palabras clave: Trastorno de estrés postraumático, programa de intervención, terapia cognitivo-conductual, EMDR, arteterapia

Abstract: The aim of the actual project is to design an intervention programme, in individual as group format for the treatment of the posttraumatic stress disorder in adults. The programme is composed of first-line cognitive-conductual techniques (psychoeducation, switch off techniques, cognitive and exposition therapies), and other experience-based techniques focused on art therapy and therapeutic rituals. The intervention consists on fifteen individual and thirteen group sessions with weekly regularity. The inclusion criteria to participate in this treatment are: being of legal age adult, meeting the DSM-V criteria for PTSD, not be receiving another psychological therapy and not having a previous mental disorder or drugs abuse record. The patients will be derived from their mental health units to the health centers or hospitals where the intervention will take place. A pre-post evaluation will be made with the purpose of valuing the programme efficiency. Additionally, it has been taken into account the limitations and disadvantages that the cognitive-conductual, EMDR and art therapy programme application might have.

Keywords: Posttraumatic stress disorder, intervention programme, cognitive-conductual programme, EMDR, art therapy.

2. Introducción

El Trastorno de Estrés Postraumático (en adelante TEPT) es un trastorno con un largo pasado pero, sin embargo, con una historia reciente por lo que a su estudio se refiere (Saigh y Bremner, 1999; Serra, 2003).

En la evolución del propio concepto del TEPT se contempla una estrecha relación con la sucesiva ocurrencia de experiencias traumáticas que desde los inicios han formado parte del desarrollo humano, como pueden ser catástrofes naturales, accidentes y guerras (Frans, 2003; Friedman, 1994; Grinage, 2003; Kapczinski, 2003; Kess-ler, 2000; Saigh y Bremner, 1999; Serra, 2003). Según afirman Stein y colaboradores (2004), únicamente adquirió importancia científica y social a partir del estudio de la neurosis de guerra. Algunos autores sugieren que una de las primeras aportaciones surge en el año 1871, de la mano de Da Costa, por lo que muchos de los fenómenos psicológicos que hoy se diagnostican como TEPT fueron descritos en el pasado como síndrome de Da Costa. Otros términos que han sido utilizados para referirse a este trastorno son astenia neurocirculatoria, shell shock, neurosis de combate y fatiga operacional (Frans, 2003; Schnurr, Friedman y Bernardy, 2002). Tras la guerra de Vietnam, el término fue incorporado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSM-III de la Asociación de Psiquiatría Americana en la década de los 80, y en 1992 en la Clasificación Internacional de las Enfermedades-CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud, pasando a ser considerado dentro de las clasificaciones nosológicas (Frans, 2003; Grinage, 2003; Saigh y Bremner, 1999; Schnurr, Friedman y Bernardy, 2002; Serra, 2003).

Los pacientes que padecen TEPT son descritos en la literatura como sujetos que han estado expuestos a acontecimientos estresantes, como guerras, desastres naturales, violaciones y accidentes de tráfico. De manera que experimentan recuerdos intrusivos y escenas retrospectivas disociativas (flashbacks) relacionadas con los eventos traumáticos sobre los que tienen muy poco o ningún control. Además de lo anterior, también pueden presentar pesadillas, trastornos del sueño, hipervigilancia, respuestas fisiológicas exageradas cuando recuerdan estos acontecimientos, reacciones de evitación, restricción de expresiones emocionales, sentimientos de culpabilidad y disfunción social (Bremner y Charney, 1994; Bremner *et al.*, 1999; Friedman y Yehuda, 1995; Charney, Deutch, Krys-tral, Southwick y Davis, 1993; Gerardi, Keane, Cahoon y Klauminzer, 1994; Kolk, 2001; Pissioti, Frans, Fernandez, Knorrning, Fischer y Fredrikson, 2002; Schnurr, Friedman, y Bernardy, 2002; Southwick y Friedman, 2001).

Sin embargo, no todos los individuos que sufren un acontecimiento traumático son susceptibles de desarrollar un TEPT (Hageman, Andersen y Jorgensen, 2001; Margis, Picon, Cosner y Silveira, 2003). Esto va a depender de varios factores, como la forma en la que el sujeto evalúa la situación estresante, lo que a su vez va a determinar su respuesta, el nivel de peligro percibido después del evento y la existencia de historial psiquiátrico personal o familiar (Coelho y Costa, 2010).

En los últimos años el TEPT ha ido ganando reconocimiento como un problema de salud pública debido a su alta prevalencia y a su alto impacto personal y social, provocando incapacidad y altos costes en salud tanto en las personas afectadas como en sus familiares. Así, según el estudio European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) (Alonso *et al.*, 2004; Haro *et al.*, 2006), la prevalencia vital en población española a lo largo de la vida es del 1,95% (IC del 95%: 1,18-2,73), siendo 2,79% (IC 95%: 1,71-3,87) entre las mujeres, comparado con 1,06% (IC 95%: 0,0-2,2) en los hombres (Soler, 2013). Los síntomas suelen empezar dentro de los 3 primeros meses después del suceso traumático, aunque su aparición también puede retrasarse varios meses o incluso años. En términos generales, el trastorno al inicio suele cumplir los criterios del trastorno por estrés agudo. Según Bryant, Moulds y Nixon (2003), el 80% de las personas que desarrollan trastorno de estrés agudo después de un trauma cumplen criterios de TEPT 6 meses más tarde, y el 63-80% 2 años más tarde.

Los criterios diagnósticos del TEPT planteados en el DSM-V (APA, 2014) incorporan ciertas diferencias con respecto a las ediciones anteriores. El trastorno se excluye del capítulo de trastornos de ansiedad para formar parte de uno nuevo, denominado trastornos relacionados con el trauma y con el estrés, donde se describe con cuatro grupos de síntomas, en lugar de tres como anteriormente (reexperimentación, hiperactivación, evitación y alteraciones cognitivas/cambios en el estado de ánimo) y con criterios diferentes para los menores de 7 años (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014) (Véase anexo).

El interés por el estudio del TEPT se ha incrementado actualmente a causa del impacto de las catástrofes naturales, los accidentes, los actos de terrorismo y las guerras. Ante la exposición a un elemento estresante, existen determinados factores de riesgo para desarrollar un TEPT, como son determinados rasgos de personalidad. El neuroticismo se puede definir como una tendencia a responder con emociones negativas ante situaciones de miedo, estrés, frustración o pérdida. Un metaanálisis realizado sobre 36 estudios y 9.941 sujetos, dio como resultado la existencia de una relación entre el neuroticismo y la posibilidad de desarrollar un TEPT después de haber sido expuesto a un acontecimiento traumático (Soler-Ferrería, Sánchez-Meca, López-Navarro y Navarro-Mateu, 2014).

Se han desarrollado diversos modelos explicativos del origen, desarrollo y mantenimiento del TEPT. Desde una perspectiva cognitivo-conductual destacan el Modelo del procesamiento emocional (Foa y Kosaks, 1985), la Teoría del procesamiento dual (Brewin, Daglesh y Josephs, 1996), la Teoría cognitiva de Ehlers y Clarck (2000) y la Teoría cognitiva social (Resick, Monson y Chard, 2008).

El Modelo del procesamiento emocional (Foa y Kozak, 1985; 1986) resalta la importancia de las estructuras del miedo y el procesamiento emocional inadecuado como factores determinantes en el desarrollo y mantenimiento del TEPT. Este procesamiento emocional inadecuado viene provocado por la activación de las estructuras del miedo junto con el acceso a información incompatible con dichas estructuras. Es por lo anterior que la base terapéutica se basa en la exposición a las situaciones temidas, de forma que al centrarse en los esquemas del miedo, nos ofrece explicaciones a otras manifestaciones frecuentes como pueden ser la ira, la culpa, humillación y embotellamiento.

La Teoría de la representación dual de Brewin, Daglesh y Josephs (1996) amplía la visión anterior mediante la consideración de dos estructuras, a saber, el conocimiento accesible verbalmente y el conocimiento accesible situacional, que además se relaciona con la doble vía propuesta por LeDoux (1992), que habla por una lado de una vía directa y corta que conecta el tálamo y la amígdala así como de una vía indirecta y larga cuya información se procesa a nivel cortical (Rincón, 2004). Con respecto al tratamiento, este modelo considera que una única exposición no es suficiente para que se produzca un procesamiento emocional adecuado.

La Teoría Cognitiva de Ehlers y Clarck (2000) podría considerarse un modelo integrador de los dos anteriores que refieren al procesamiento emocional y dual. En este caso, se resalta la importancia de las diferencias individuales, las características del trauma, las experiencias y las creencias previas. Este modelo ofrece explicaciones sobre por qué se pueden desencadenar respuestas de alarma aparentemente desconectadas de estímulos que se han procesado conscientemente mediante el condicionamiento clásico. También trata de especificar la sintomatología relacionada con el embotamiento afectivo.

Por último, la Teoría cognitiva social (Resick, Monson y Chard, 2008) hace referencia a los procesos de asimilación y sobreacomodación. El proceso de asimilación es aquél en el que se produce una adaptación de los esquemas cognitivos a la realidad, considerado como el adecuado para no desarrollar el TEPT y que, por tanto, se propone como objetivo del proceso terapéutico. Mientras que en el proceso de sobreacomodación, determinadas emociones impiden el procesamiento cognitivo en los sujetos con TEPT. Es por lo anterior que se propone como intervención no sólo la exposición sino también la reestructuración

cognitiva. Sin embargo, este modelo no propone explicaciones acerca de las reacciones somáticas no procesadas cognitivamente que experimentan los pacientes con TEPT y que sí se tienen en cuenta en la Teoría Cognitiva de Ehlers y Clarck (2000).

Desde una perspectiva clínica y terapéutica, es necesario señalar que todos estos modelos coinciden en que la exposición al evento traumático es fundamental en el proceso de recuperación del paciente. Sin embargo, Brewin, Daglesh y Josephs (1996), Ehlers y Clarck (2000) y Resick, Monson y Chard (2008) coinciden además en que resulta necesario introducir técnicas de reestructuración cognitiva que permitan modificar los esquemas activados tras el evento traumático. Cabe señalar que los modelos expuestos anteriormente se consideran complementarios, lo que podría dar lugar en un futuro a un modelo integrador, para lo que podría servir de base la Teoría Cognitiva de Ehlers y Clarck (2000), que incluye un mayor número de esquemas relacionados con emociones frecuentes en el TEPT, como la ira, la humillación y la culpa, emociones que se contemplan en los modelos de Brewin, Daglesh y Josephs (1996) y Resick, Monson y Chard (2008). Sin embargo, se ha de resaltar que ninguno de los modelos anteriores considera el fenómeno llamado Crecimiento Postraumático (CPT), descrito y observado por Tedeschi y Calhun (2004). Es por lo anterior que un modelo integrador debería incluir tanto la explicación de este fenómeno como los factores que inciden en él, planteándose así nuevos elementos para mejorar los tratamientos (Guzmán, Padrós, García y Laca, 2014).

Con relación al abordaje terapéutico de este trastorno, un metaanálisis realizado sobre terapias psicológicas para TEPT que incluye 70 estudios con un total de 4761 participantes, concluyó que las terapias psicológicas son más efectivas que cualquier otro tipo de intervención, y que tanto la terapia cognitivo-conductual a nivel individual como la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares son los abordajes más efectivos en la actualidad (Bisson, Roberts, Andrew, Cooper, Lewis, 2013). De esta forma, el tratamiento de elección para el TEPT es la terapia cognitivo-conductual (TCC) (National Institute for Clinical Excellence, 2005). Esta terapia engloba una serie de técnicas que ayudan a modificar tanto la forma de pensar del individuo como el modo en que éste se comporta. Todo ello con el objetivo de que el paciente sea capaz de superar el trauma mediante la exposición a los recuerdos del acontecimiento estresante. El Programa de exposición prolongada desarrollado por Foa y Rothbaum (1998) cuenta con un gran número de estudios empíricos que demuestran su eficacia. En este programa se aplica tanto la exposición en imaginación como la exposición "in vivo", y el entrenamiento de habilidades de autorregulación (relajación, reestructuración cognitiva, etc). Otros estudios han desvelado

que la terapia de exposición junto con la reestructuración cognitiva es de alta efectividad (Monson *et al.*, 2006; Resick, Nishith, Weaver, Astin, y Feuer, 2002; Resick *et al.*, 2008).

A pesar que los metaanálisis realizados en adultos establecen que la terapia cognitivo-conductual es eficaz (Sherman 1988; Van Etten y Taylor, 1998), continúa estando infrutilizada en la práctica clínica por ser considerada tanto por profesionales como por pacientes como una técnica altamente aversiva, como lo demuestran los estudios realizados por Becker, Zayfert y Anderson (2004, 2007). Cabe señalar que una de las características diagnósticas principales del TEPT es la evitación de los estímulos temidos, por lo que su afrontamiento mediante la técnica de exposición resulta un gran desafío para los pacientes, de forma que muchos de ellos se niegan tanto a recordar el evento traumático como a afrontar cualquier situación que se lo recuerde, y otros son capaces de pensar en el elemento traumático pero se muestran alejados emocionalmente de la experiencia. Otras variables que influyen en la respuesta al tratamiento de exposición en imaginación son la capacidad que tenga el individuo para imaginar y las emociones predominantes en el paciente. Las emociones de miedo e incluso horror, relacionadas con una mayor intensidad del trastorno, obtienen buenos resultados, mientras que la ira y la culpa responden peor al tratamiento. En estos últimos casos, la aplicación de la reestructuración cognitiva puede ser de ayuda, como técnica complementaria (Echeburúa, Corral y Amor, 2000).

Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, principalmente la realidad virtual, pueden servir de ayuda en la aplicación de los tratamientos psicológicos (Soto-Pérez, Franco, Monardes y Jiménez, 2010). De hecho, los resultados del estudio realizado por Richard y Gloster (2007) determinaron que la exposición por medio de realidad virtual se consideró más útil, aceptable y ética que la realizada in vivo o en imaginación. Esta modalidad permite además superar alguna de las limitaciones de la exposición, ya que representar la realidad con alto nivel de realismo ayuda a aquellos pacientes con dificultades a la hora de imaginar y, lo que es más importante, posibilita el control a la hora de presentar los estímulos temidos, con lo que finalmente se impide la evitación cognitiva y se potencia la implicación emocional, siendo ésta última considerada como un elemento fundamental en la eficacia de la técnica de exposición.

Existen varios estudios que demuestran la eficacia de la realidad virtual como tratamiento para el TEPT (Difede y Hoffman, 2002; Rothbaum, 1999; Rothbaum *et al.*, 2001, 2004). En todos ellos el escenario virtual que se utiliza para presentar el acontecimiento traumático es el mismo para todos los pacientes. Es por lo anterior que una posible limitación de esta técnica es la falta de flexibilidad cuando el objetivo sea el tratamiento de situaciones traumáticas diversas. Una forma de solucionar esta dificultad es la utilización de

símbolos que representan el trauma, lo que ha planteado el grupo de Botella (Alcañiz, Baños, Botella y Rey, 2003; Baños *et al.*, 2008, 2009; Botella *et al.*, 2010) al diseñar un sistema de realidad virtual con el que abordar las emociones relacionadas con las situaciones traumáticas. La eficacia de este planteamiento ha sido estudiada a través de pacientes que habían sufrido pérdidas significativas en sus vidas (trastorno adaptativo y duelo) y en aquellas que habían sufrido diversos tipos de experiencias traumáticas, tales como delitos, violaciones, accidentes, etc. (Baños *et al.*, 2008, 2009; Botella *et al.*, 2010). El sistema de realidad virtual EMMA se emplea con la finalidad de activar las emociones y cogniciones asociadas al acontecimiento estresante, ya que permite realizar una exposición a todos los factores relacionados con el trauma. Por consiguiente, facilita que posteriormente se pueda llevar a cabo el procesamiento emocional adecuado de todos los elementos implicados en el acontecimiento, ya que se recomienda la mayor activación posible de las estructuras patológicas del miedo para que pueda tener lugar este procesamiento. Este sistema de realidad virtual permite reproducir la situación experimentada por el paciente, además de la utilización de diversos elementos (imágenes, sonidos, fotos, grabaciones, música, hora del día, paisajes, tiempo atmosférico, etc.), que mejor activen y potencien las emociones y pensamientos relacionados con el acontecimiento estresante. El objetivo final es la reproducción de ambientes clínicamente representativos en función del significado que tiene el trauma para cada persona y no únicamente basándose en las características físicas, para que el sujeto pueda exponerse virtualmente a él y sea capaz de manejar adecuadamente las emociones y experiencias negativas, confrontar, aceptar y manejar las emociones y las experiencias negativas que ha vivido previamente (López-Soler, Castro, Alcántara y Botella, 2011).

Por otro lado, la Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares ha demostrado ser una técnica eficaz para el tratamiento del TEPT. Su finalidad es ayudar al individuo a procesar los recuerdos asociados con un evento traumático. Para ello, se traen a la memoria las imágenes, creencias y sensaciones fisiológicas que provocan malestar al estar vinculada al trauma mientras el terapeuta guía la mirada del individuo de un lado a otro para conseguir reemplazar los recuerdos que están provocando malestar e interferencia en la vida del paciente por otros más adaptativos. Así, además de reforzarse la exposición al evento traumático, se consigue realizar un reprocesamiento adecuado de los recuerdos asociados a dicho evento. Tanto la terapia cognitivo-conductual como la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares se establecen como tratamientos de primera elección en la guía publicada por el Instituto Nacional de Excelencia Clínica y de la Salud del Reino Unido (NICE, 2005).

Además de lo anterior, se ha encontrado evidencia acerca de una menor tasa de abandono del tratamiento en terapia de grupo y que terapias centradas en el manejo de la ansiedad obtienen buenos resultados a corto plazo (Bisson, Roberts, Andrew, Cooper, Lewis, 2013).

Teniendo en cuenta el planteamiento anterior, el objetivo general del presente trabajo es diseñar un programa de intervención, en formato tanto individual como grupal, para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático en adultos. El programa estará integrado por técnicas cognitivo-conductuales de primera elección y por la técnica EMDR, junto con técnicas más vivenciales de arteterapia y rituales terapéuticos.

3. Método

3.1. Objetivos específicos

Del objetivo general previamente expuesto se desprenden una serie de objetivos específicos. De forma que, con el programa de intervención desarrollado en el presente trabajo se espera que el paciente:

- Comprenda el origen, desarrollo y mantenimiento del trastorno.
- Adquiera habilidades para detener la activación fisiológica que le provoca el estado de ansiedad.
- Sea capaz de identificar los pensamientos relacionados con el trauma y modificarlos por otros más adaptativos.
- Se enfrente a las situaciones, pensamientos, e imágenes relacionadas con el trauma.
- Realice una reelaboración del trauma más adaptativa que no interfiera en su funcionamiento diario.
- Sea capaz de dejar atrás el recuerdo del evento traumático para que éste no siga interfiriendo en su vida y no condicione sus vivencias futuras.

3.2. Beneficiarios

Este programa se llevará a cabo en sujetos diagnosticados con trastorno de estrés postraumático según los criterios del DSM-V en las unidades de salud mental de la Agencia Valenciana de Salud. En primer lugar, se realizará una valoración y evaluación individual de cada caso, para posteriormente llegar a un acuerdo terapeuta-paciente sobre los objetivos a alcanzar en la terapia individual. Una vez realizado lo anterior y en los casos en los que se cumplan los criterios establecidos, se le ofrecerá la posibilidad de participar en el programa

que se realizará en el centro de salud mental u hospital asignado a la unidad de salud mental de referencia.

Los criterios de inclusión establecidos para poder participar en la intervención propuesta son:

- Haber cumplido la mayoría de edad.
- Cumplir criterios DSM-V para el diagnóstico de TEPT.

Los criterios de exclusión establecidos para poder participar en la intervención propuesta son:

- Estar recibiendo otra terapia psicológica para esta problemática en la actualidad.
- Presentar un problema de abuso de alcohol u otras sustancias.
- Tener un diagnóstico de enfermedad mental.

3.3. Instrumentos de evaluación

A la hora de realizar el proceso de evaluación, se establecerán diferentes momentos temporales: una evaluación pretratamiento, al inicio y llevada a cabo durante la sesión individual; una evaluación continua, con la aplicación tras cada sesión de un cuestionario de opinión personal y de cambio percibido que tiene por objeto evaluar los progresos del paciente; y un evaluación postratamiento, en la que, además de las escalas administradas al inicio, se aplicará el "Cuestionario de satisfacción con el tratamiento", un cuestionario de cambio percibido y de opinión personal. Además, transcurridos uno, tres, seis y doce meses desde la finalización del programa, se realizará de nuevo la evaluación postratamiento para llevar a cabo un seguimiento.

Los instrumentos de evaluación que se aplicarán son:

- "Inventario de Depresión de Beck" (*Beck Depresión Inventory*, BDI; adaptación de Vázquez y Sanz, 1997). Tiene como objetivo identificar los síntomas depresivos y cuantificar su intensidad. Está compuesto por 21 ítems con escala de respuesta tipo Likert de cuatro alternativas. Su fiabilidad test-retest oscila entre .60 y .62 y posee un índice de consistencia interna de .83 (Alonso y Labrador, 2010).
- "Inventario de Ansiedad de Beck" (*Beck Anxiety Inventory*, BAI; versión española de Sanz y Navarro, 2003). Tiene como objetivo identificar síntomas ansiosos y evaluar su intensidad. Está compuesto por 21 ítems con escala de respuesta tipo Likert que va

desde 0 a 3. Su consistencia interna oscila entre .90 y .94, su correlación ítem-total entre .30 y .71 y su fiabilidad test-retest entre .7 y .93 (Alonso y Labrador, 2010).

- "Evaluación global del estrés postraumático" (EGEP; Crespo y Gómez, 2012). Esta prueba está formada por un total de 62 ítems divididos en tres secciones. La primera se corresponde con la descripción, la reacción emocional y la caracterización del suceso traumático. La segunda tiene como finalidad la identificación de los síntomas y la valoración de su gravedad. Y la última evalúa el grado de deterioro provocado por estos síntomas, así como su interferencia en las distintas áreas de funcionamiento del sujeto. La consistencia interna para la escala total, incluyendo los síntomas postraumáticos recogidos en la clasificación diagnóstica y los síntomas clínicos subjetivos es de .92 (Crespo y Gómez, 2012).
- "Inventario de cogniciones postraumáticas" (Posttraumatic Cognitions Inventory, PTCI; Foa *et al.* 1999b). Evalúa pensamientos y creencias relacionados con el trauma. Consta de 36 ítems, con formato de respuesta tipo Likert que va desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo). Está formado por tres subescalas que miden cogniciones negativas acerca de sí mismo, acerca del mundo y autopunición. El análisis de las propiedades psicométricas de este instrumento entre población hispana señaló la existencia de tres factores, con valores generales del α de Cronbach superiores a 0.90, explicando en su conjunto un 51% de la varianza. Además, esta prueba correlaciona con la severidad del trauma ($r=0.61$) y con otros instrumentos para medir cogniciones postraumáticas. También discrimina con precisión entre las personas que presentan psicopatología postraumática de aquellas otras que no (Blanco, Díaz, Gaborit y Amaris, 2010).
- "Escala de Inadaptación" (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Tiene como objetivo determinar el grado de desajuste que provoca un trastorno en la vida cotidiana del sujeto, tanto a nivel global como en seis áreas específicas. Está formada por 6 ítems con una escala de respuesta tipo Likert que oscila de 0 a 5. La puntuación total de la escala oscila de 0 a 30, de forma que a mayor puntuación mayor nivel de inadaptación. El índice de consistencia interna de la muestra total de sujetos (clínicos y normativos) es de 0.94. La eficacia diagnóstica de la escala alcanza valores superiores al 85% en todos sus ítems y del 97% en el ítem global. Presenta, además, una sensibilidad y especificidad del 86% y del 100%, respectivamente (Alonso y Labrador, 2010).
- "Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento" (Larsen, Attkinson, Hargreaves, y Nguyen, 1979) Está formado por ocho ítems que evalúan la calidad del programa

terapéutico, la atención y ayuda recibida por el profesional, junto con la satisfacción con la intervención. Tiene un formato de respuesta tipo Likert con cuatro opciones y una puntuación total que oscila entre 0 y 24 (Arinero, 2006).

3.4. *Descripción del programa de intervención*

El programa de intervención está formado por 15 sesiones individuales, con una duración de 60 minutos y con 13 sesiones grupales de 90 minutos de duración, ambas de periodicidad semanal por lo que tendrá una duración aproximada de tres meses y medio. El número total de participantes oscilará entre 10-15 sujetos.

Una vez que se haya informado al paciente en la sesión individual sobre los tipos de intervención y éste haya accedido a participar, se firmará un consentimiento informado. Por otra parte, en la sesión grupal se firmará un contrato de confidencialidad de forma que se garantice la no difusión de información personal que identifique a los asistentes, así como la revelada por los participantes en el transcurso de las sesiones (véase Anexo C y H).

Ambas intervenciones se complementan y una sirve de apoyo a la otra, para lo que se ha seguido un orden específico.

Las sesiones individuales pretenden establecer un primer contacto con el paciente, para realizar la evaluación y determinar si cumple los criterios del TEPT. Una vez cumplido lo anterior, buscan obtener un compromiso por parte del sujeto en relación tanto a intervención individual como grupal.

Las sesiones individuales servirán de apoyo a las grupales y viceversa, de forma que en consulta se trabajará la habilidad del sujeto para imaginar que posteriormente servirá de base para la exposición en imaginación que se realizará en la intervención grupal. Al mismo tiempo, en la sesión grupal se realizará la psicoeducación del EMDR, en relación a su forma de funcionamiento y efectividad, para que posteriormente en la sesión individual se pueda aplicar directamente la técnica a cada sujeto.

En las sesiones grupales tendrá lugar el abordaje psicoeducativo de la patología y las técnicas, de forma que el sujeto se convierta en paciente experto, por lo que su nivel de compromiso y motivación resultan factores clave. Así, el hecho de que este contenido se trabaje de forma conjunta puede reforzar la participación de los sujetos, fomentar su implicación, así como, ser un punto de referencia y apoyo para superar el trastorno.

En las Tablas 1 y 2 se muestran las sesiones de intervención individual y grupal respectivamente, en las que se detallan los objetivos, técnicas y material empleados. La información sobre el desarrollo de cada una de las sesiones se presenta en el Anexo D.

Tabla 1. Descripción de la intervención individual

Sesión	Objetivos	Técnicas	Material
1	Identificar el motivo de consulta Empatizar, crear un clima de confianza y establecer un buen rapport Recoger información general sobre el problema	Entrevista Escucha activa Contención	Autorregistro de conductas problema y sus mantenedores
2-3	Comprobar si se cumple el diagnóstico Establecer el análisis funcional del problema, su origen y evolución	Pase de cuestionarios Uso de criterios diagnósticos	"Inventario de Depresión de Beck" "Inventario de Ansiedad de Beck" "Evaluación global del estrés postraumático" "Inventario de cogniciones postraumáticas" "Escala de Inadaptación" DSM-V
4	Devolver la información al paciente sobre el proceso de evaluación Establecer objetivos terapéuticos consensuados Informar sobre las características de la intervención individual y grupal Obtener el compromiso del paciente con la intervención	Entrevista de devolución Diálogo socrático	Consentimiento informado
5	Potenciar la habilidad del paciente para imaginar	Entrenamiento en imaginación de situaciones neutras	Registro de exposición en imaginación de situaciones neutras
6-13	Aplicar la técnica de EMDR Reprocesar el recuerdo del evento traumático Modificar el recuerdo del evento traumático por otro más adaptativo	1-Historia del cliente y planificación del tratamiento 2- Preparación 3- Evaluación de los componentes de la memoria a reprocesar 4- Desensibilización 5-Instalación 6- Exploración corporal 7-Cierre 8-Reevaluación	Cuestionario de cambio percibido Escala de unidades subjetivas de ansiedad (USAs) Escala de validez de la cognición (VOC)

		Relajación mediante la visualización de escenas o imágenes agradables	
14-15	Realizar la evaluación postratamiento Planificar el seguimiento	Pase de cuestionarios	"Inventario de Depresión de Beck" "Inventario de Ansiedad de Beck" "Evaluación global del estrés postraumático" "Inventario de cogniciones postraumáticas" "Escala de Inadaptación"

Tabla 2. Descripción de la intervención grupal

Módulo	Técnicas	Material
1 ¿Qué me está pasando?	Presentación de las participantes y de la terapeuta Establecimiento de normas de trabajo en grupo Psicoeducación Explicación de los objetivos del tratamiento Higiene del sueño	Listado de normas del grupo Registro de asistencia Vídeo sobre el TEPT Modelo explicativo del mantenimiento del TEPT Pautas de higiene del sueño Autorregistro de pesadillas Contrato de confidencialidad Cuestionario de opinión personal
Objetivos: Presentar el programa y conseguir que los pacientes comprendan el trastorno y cómo se va a trabajar para paliar los síntomas		
2-3 Aprendiendo a relajarme	Revisión de tareas para casa Psicoeducación sobre la ansiedad Control de la respiración Relajación 16 grupos musculares (Jacobson) Relajación 8 grupos musculares (Jacobson) Tareas para casa: practicar respiración y relajación y cumplimentar autorregistro	Registro de asistencia Vídeo sobre el funcionamiento de la ansiedad Colchonetas Música de relajación Pautas de relajación Ejercicios de respiración Ejercicios de relajación 16 grupos musculares Ejercicios de relajación 8 grupos musculares Autorregistro de relajación Cuestionario de cambio percibido Cuestionario de opinión personal
Objetivos: Tomar el control sobre la activación de nuestro sistema nervioso		

4-7 Lo que pienso, importa	Revisión de tareas para casa Psicoeducación sobre el papel de los pensamientos (Modelo ABC) Identificación y evaluación de las cogniciones postraumáticas Reevaluación cognitiva Entrenamiento en parada de pensamiento Técnicas de distracción Programación de actividades agradables Tareas para casa: autorregistro de pensamientos y actividades agradables	Registro de asistencia Listado de tipos de distorsiones cognitivas Listado de tipos de pensamientos irracionales Autorregistro pensamientos A-B-C-D Listado de actividades agradables Cuestionario de cambio percibido Cuestionario de opinión personal
Objetivos: Ser conscientes de la importancia de los pensamientos Saber identificar cogniciones irracionales o relacionadas con el trauma Convertir estos pensamientos en otros más adaptativos Programar actividades agradables para obtener refuerzo		
8-10 Recordar sin sentir miedo	Revisión tareas para casa Psicoeducación importancia de exposición Exposición en imaginación Exposición in vivo Tareas para casa: practicar la exposición en imaginación	Listado de recuerdos traumáticos Autorregistro exposición en imaginación Listado de situaciones evitadas Autorregistro exposición in vivo Cuestionario de cambio percibido Cuestionario de opinión personal
Objetivos: Rememorar los recuerdos relacionados con el trauma Realizar la exposición a los recuerdos del trauma utilizando la imaginación Realizar la exposición a los elementos/situaciones evitadas		
11 Reprocesando el trauma	Psicoeducación sobre el EMDR	Registro de asistencia Vídeo sobre la aplicación de la técnica de EMDR Cuestionario de opinión personal
Objetivos: Comprender cómo funciona la técnica del EMDR Conocer el modo en que esta técnica contribuye al reprocesamiento del trauma		
12 Despedida del pasado y comienzo del futuro	Ritual terapéutico Arteterapia	Registro de asistencia Materiales para ritual terapéutico y arteterapia. Agenda Cuestionario de cambio percibido Cuestionario de opinión personal
Objetivo: Dejar atrás los recuerdos del suceso traumático Empezar a ver el futuro desde una perspectiva optimista		

13 Cierre	Revisión de tareas para casa Prevención de recaídas Evaluación Postratamiento	Registro de asistencia Psicoeducación Técnicas de afrontamiento Cuestionario de opinión personal Cuestionario de cambio percibido “Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento”
<hr/>		
Objetivo:		
Consolidar el aprendizaje adquirido y su aplicación en situaciones futuras Evaluar a los asistentes una vez finalizado el programa		
<hr/>		

La forma en la que se intercalarán las sesiones individuales y grupales será la siguiente: Se comenzará con la intervención individual desde la sesión uno a la cuatro, para entonces iniciar la intervención grupal hasta la sesión siete. Durante la sesión individual número cinco se entrenará al sujeto en la técnica de imaginación de situaciones neutras. Esto nos servirá como base para que en las sesiones de la ocho a la diez del formato grupal se pueda desarrollar tanto la exposición en imaginación a los recuerdos del evento traumático como in vivo a las situaciones evitadas. Se continuará entonces con la sesión once que tiene como objetivo la psicoeducación de la técnica de EMDR, mediante la exposición del tema y la visualización de un vídeo que muestra tanto su aplicación en casos reales como su eficacia. Esto nos ayudará para que en las sesiones individuales desde la seis a la doce, se aplique directamente a cada sujeto cada una de las ocho fases de las que está compuesta esta técnica.

Los materiales que se utilizarán a lo largo de la intervención se indican a continuación, y aparecen completos en el apartado de Anexos.

- Criterios diagnósticos TEPT según DSM-V (APA, 2014) (véase anexo A)
- Autorregistro de conductas problema y sus mantenedores (véase anexo B)
- Consentimiento informado (véase anexo C)
- Registro de exposición en imaginación de situaciones neutras (véase anexo D)
- Escalas y registros para el EMDR (véase anexo E)
- Detalle del programa de intervención (véase anexo F)
- Registro de asistencia (véase anexo G)
- Modelo explicativo del mantenimiento del TEPT (véase anexo H)
- Pautas de higiene del sueño (véase anexo I)
- Autorregistro de patrón de sueño (véase anexo J)
- Autorregistro de pesadillas (véase anexo K)

- Contrato de confidencialidad (véase anexo L)
- Técnicas y autorregistro de relajación (véase anexo M)
- Listado de tipos de distorsiones cognitivas y pensamientos irracionales (véase anexo N)
- Autorregistro pensamientos A-B-C-D (véase anexo O)
- Listado de actividades agradables (véase anexo P)
- Autorregistro de exposición en imaginación (véase anexo Q)
- Autorregistro de exposición in vivo (véase anexo R)
- Cuestionario de cambio percibido (véase anexo S)
- Cuestionario de opinión personal (véase anexo T)

4. Discusión/Conclusión

El objetivo del presente trabajo ha sido la presentación de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en adultos desde un abordaje integral cognitivo-conductual, combinando las terapias cuyos resultados muestran ser las más eficaces, terapia cognitivo-conductual y el EMDR. Ésta última, además, permite reforzar la exposición al evento traumático, siendo la exposición un elemento clave en el tratamiento y además, realizar un reprocesamiento adecuado de los recuerdos. Por último, para completar este reprocesamiento y que el sujeto alcance una total desvinculación del evento traumático sin que éste interfiera en su vida futura, se aplicarán rituales terapéuticos y arteterapia. Otro aspecto a destacar de la presente intervención es el papel clave que ocupa la psicoeducación de forma que el sujeto se convierta en paciente experto y el énfasis en la práctica e incorporación en la vida diaria de las técnicas abordadas para alcanzar un dominio de las mismas y potenciar los resultados del tratamiento.

A pesar de que el planteamiento inicial del programa, permite que el paciente se beneficie de las ventajas que ofrecen los tratamientos que han mostrado mayor eficacia, éste no se encuentra exento de limitaciones. En primer lugar para que esta intervención tenga éxito requiere un alto nivel de motivación y compromiso por parte del sujeto, de forma que el terapeuta cuente con las habilidades necesarias para lograr su máxima implicación. Por otra parte, a pesar de que la terapia de exposición en imaginación, a los pensamientos intrusivos e in vivo, a los estímulos evitados resulte ser la más efectiva, podemos encontrar sujetos con altos niveles de evitación y por tanto, muy reacios a la exposición a los recuerdos traumáticos. Esto implicaría que no podría aplicarse la exposición en ninguna de sus dos modalidades ni la técnica de EMDR, siendo abordable únicamente mediante el diseño de un programa de realidad virtual.

5. Referencias

- Alcañiz, M., Baños, R.M., Botella, C. y Rey, B. (2003). The EMMA Project: Emotions as a Determinant of Presence. *PsychNology Journal*, 1, 141-150.
- Alonso, E. y Labrador, F. (2010). Eficacia de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres inmigrantes víctimas de violencia de pareja: un estudio piloto. *Interamerican Journal of Psychology*, 44 (3), 547-559.
- Alonso J., Angermeyer M. C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T. S., Bryson H. *et al.* (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 420, 2-17.
- American Psychiatric Association (2014). Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. En American Psychiatric Association (Eds.), *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (pp. 159-175). New York: Panamericana.
- Arinero, M. (2006). *Análisis de la eficacia de un programa de intervención psicológico para víctimas de violencia doméstica*. (Tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Bados, A. (2006). *Trastorno por estrés postraumático: naturaleza, evaluación y tratamiento*. Recuperado el 20 de febrero de 2015 desde <http://hdl.handle.net/2445/356>
- Baños, R. M., Botella, C., García-Palacios, A., Quero, S., Alcañiz, M. y Guillen, V. (2008) Behandlung psychischer probleme im virtuellen raum. En S. Bauer y H. Kordy (Hrsg.) *E-Mental-Health: Neue Medien in der psychosozilen Versorgung*. Heidelberg: Springer-Verlag
- Baños, R. M., Botella, C., Guillén, V., García-Palacios, A., Quero, S., Bretón-López, J. *et al.* (2009). An adaptive display to treat stress-related disorders: EMMA's World'. *British Journal of Guidance and Counselling*, 37, 347-356
- Botella, C., García-Palacios, A., Guillen, V., Baños, R.M., Quero, S. y Alcaniz, M. (2010). An adaptive display for the treatment of diverse trauma PTSD victims. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 13, 67-71.
- Becker, C. B., Darius, E. y Schaumberg, K. (2007). An analog study of patient preferences for exposure versus alternative treatments for posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2861-2873.

- Becker, C., Zayfert, C. y Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes toward utilization of exposure therapy for PTSD. *Behavior Research and Therapy*, 42, 277-292.
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew M., Cooper R. y Lewis C. (2013) *Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults*. Recuperado el 22 de febrero de 2015 desde http://www.cochrane.org/CD003388/DEPRESSN_psychological-therapies-for-chronic-post-traumatic-stress-disorder-ptsd-in-adults
- Blanco, A., Díaz, D., Gaborit, M. y Amaris, M. C. (2010). El sentido del mundo y el significado del yo: Inventario de cogniciones postraumáticas (ICPT) en población hispana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42 (1), 97-110.
- Berisco, A., Plans, B., Sánchez-Guerra, M. y Sánchez, D. I. (2009). *Cuadernos de Psicoterapia. Estrategias cognitivas para sentirse bien 1*. Madrid: Eos Gabinete de Orientación Psicológica.
- Bremner, J. D. y Charney, D. S. (1994). Neurobiology of posttraumatic stress disorder. En D. Darcourt, J. Mendlewjez, G. Racagni y N. Brunello (Eds.), *Current Therapeutic Approaches to Panic and Other Anxiety Disorders* (pp. 171-186). New York: Kanger.
- Bremner, J. D., Staib, L., Kaloupek, D., Southwick, S., Soufer, R. y Charney, D. (1999). Neural correlates of exposure to traumatic picture and sound in Vietnam combat veterans with and without posttraumatic stress disorder: A positron emission tomography study. *Biol Psychiatry*, 45, 806-816.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T. y Joseph, S. (1996) A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103 (4), 670-686
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S. T. y Nixon, R. D. (2003). Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 706-12.
- Charney, D. S., Deutch, A., Krystral, J., Southwick, S. M. y Davis, M. (1993). Psychobiologic mechanisms of posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 294-305.
- Coelho, L. A. y Costa, J. M. (2010). Bases neurobiológicas del estrés post-traumático. *Anales de Psicología*, 26 (1), 1-10

- Crespo, M y Gómez, M. M. (2012). La Evaluación del estrés postraumático: presentación de la escala de evaluación global de estrés postraumático (EGEP). *Clínica y Salud*, 23 (1), 25-41
- Difede, J. y Hoffman, H. G. (2002). Virtual reality exposure therapy for World Trade Center post-traumatic stress disorders: a case report. *CyberPsychology and Behavior*, 5, 529-535.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, A. (2000). Tratamiento psicológico. En J. Bobes, M. Bousoño, A. Calcedo y M. P. González (Dir.), *Trastorno de estrés postraumático* (pp. 262-282). Barcelona: Editorial Masson.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, 32 (1), 65-74.
- Ehlers, A. y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1985). Treatment of anxiety disorders: implications for psychopathology. En A. H. Tuma y J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 421–452). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.
- Foa, E. B. y Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape. Cognitive-behavior therapy for PTSD*. New York: Guilford
- Foa, E. B., Ehler, A., Clark, D. M., Tolin, D. F. y Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): development and validation. *Psychological Assessment*, 11 (3), 303-314.
- Frans, O. (2003). Posttraumatic stress disorder in the general population. *Comprehensive Summaires of Uppsala Dissertations from the Faculty of the Social Sciences*, 129, 1-68.
- Friedman, M. (1994). Biological approaches to the diagnosis and treatment of posttraumatic stress disorder. En G. S. Everly y J. M. Lating (Eds.), *Psychotraumatology: Key Papers and Core Concepts in Post-traumatic Stress* (pp. 171-194). New York: Plenum Press.

- Friedman, M. y Yehuda, R. (1995). Posttraumatic stress disorder and comorbidity: psychobiological approaches to differential diagnosis. En M. Friedman, D. S. Charney y A. Deutch (Eds.), *Neurobiological and clinical consequences of stress: from normal adaptation to PTSD* (pp. 429-445). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Gerardi, R., Keane, T., Cahoon, B. y Klauminzer, G. (1994). An in vivo assessment of physiological arousal in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(4), 825-827.
- Grinage, B. D. (2003). Diagnosis and management of post-traumatic stress disorder. *American Family Physician, 68*(12), 2401-2409.
- Guzmán, M., Padrós, F., García, T. y Laca, F. (2014). Modelos cognitivo conductuales del trastorno por estrés postraumático. *Uaricha, 11* (25), 35-54
- Hageman, I., Andersen, H. y Jorgensen, M. (2001). Post-traumatic stress disorder: a review of psychobiology and pharmacotherapy. *Acta Psy-chiatr Scandinavica, 104*, 411-422.
- Kapczinski, F. (2003). Atualização em estrése pós-traumático. *Revista Brasileira Psiquiatria, 25*,1-2.
- Haro, J. M., Palacin, C., Vilagut, G., Martinez, M., Bernal, M., Luque, I. et al. (2006). Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Medicina Clínica, 126*, 445-451.
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *Journal Clinical Psychiatry, 61*(5), 4-12.
- Kolk, B. (2001). The psychobiology and psychopharmacology of PTSD. *Hum Psychopharmacol Clin Exp, 16*, 49-64.
- Larsen, D., Attkinson, C., Hargreaves, W. y Nguyen, T. (1979). Assessment of client patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning, 2*, 197-207.
- LeDoux, J. E. (1992). Emotion and amigdala. En J. P. Agglenton (Ed), *The amigdala: Neurobiological aspects of emotion, memory, and mental dysfunction* (pp. 339-351). NewYork: Wiley-Liss.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M. y Botella, C. (2011). Sistema de realidad virtual EMMA-Infancia en el tratamiento psicológico de un menor con estrés postraumático. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 16*, 189-206

- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F. y Silveira, R. O. (2003). Relação entre estrésores, estrése e ansiedade. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 25, 65-74.
- Monson, C. M., Schnurr, P. P., Resick, P. A., Friedman, M. J., Young-Xu, Y. y Stevens, S. P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (5), 898-907.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2005) *Clinical Guideline 26: Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Londres: NICE
- Pissiota, A., Frans, Ö., Fernandez, M., Knorrning, L. V., Fischer, H. y Fredrikson, M. (2002). Neurofunctional correlates of posttraumatic stress disorder: a PET symptom provocation study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience*, 252, 68-75.
- Resick, P. A., Monson, C. M. y Chard, K.M. (2008). *Cognitive processing therapy: Veteran/military version*. Washington, DC: Department of Veterans' Affairs.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C. y Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (4), 867-879.
- Richard, D. C. S. y Gloster, A. T. (2007). Exposure therapy has a public relations problem: a dearth of litigation amid a wealth of concern. En D. C. S. Richard y D. Lauterbach (Eds.), *Comprehensive handbook of the exposure therapies* (pp. 409-425). New York: Academic Press
- Rincón, P. P. (2004). *Trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de tratamiento*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Alarcon, R. D., Ready, D., Shanar, F., Graap, K. et al. (1999). Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 263-271.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Ready, D., 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., Ruef, A. M., Litz, B. T., Han, H. y Hodges, L. (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*. New York: Springer.
- Saigh, P. A. y Bremner, J. D. (1999). The history of posttraumatic stress disorder. En P. A. Saigh y J. D. Bremner (Eds.), *Posttraumatic Stress Disorder: a comprehensive text* (pp. 1-18). New York: Allyn and Bacon.
- Sanz, J. y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9 (1), 59-84.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. y Bernardy, N. (2002). Research on post-traumatic stress disorder: epidemiology, pathophysiology, and assessment. *Journal Clin Psychology*, 58, 877-889.
- Serra, A. V. (2003). *O Trastorno de estrés pós-traumático*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford.
- Sherman, J. J. (1988). Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: A meta-analysis of controlled trials. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 413-436.
- Soler, F. B. (2013). *Neuroticismo y trastorno por estrés postraumático: Un estudio meta-analítico*. Tesis doctoral. Murcia: Universidad de Murcia.
- Soler-Ferrería, F. B., Sánchez-Meca, J., López-Navarro, J. M. y Navarro-Mateu, F. (2014). Neuroticismo y trastorno por estrés postraumático: un estudio metaanalítico. *Revista Española de Salud Pública*, 88 (1), 17-36.
- Soto-Pérez, F., Franco, M., Monardes, C. y Jiménez, F. (2010). Internet y psicología clínica: revisión de las ciber-terapias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 19-37.
- Southwick, S. y Friedman, M. (2001). Neurobiological models of post-traumatic stress disorder. En E. Gerrity, T. M. Keane y F. Tuma (Eds.), *The mental health consequences of torture* (pp. 73-87). New York: Kluwer Academic.
- Stein, B. D., Elliott, M. N., Jaycox, L., Collins, R. L., Berry, S. H., Klein, D. J. *et al.* (2004). A national longitudinal study of the psycho-logical consequences of the September 11, 2001 terrorist attacks: reactions, impairment, and help-seeking. *Psychiatry*, 67, 105-117.

- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 1-18
- Van Etten, M.L. y Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatment for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8 (3), 403-422.



6. Anexos

Anexo A. Criterios diagnósticos TEPT según DSM-V (APA, 2014)

Los criterios diagnósticos del TEPT que nos plantea el manual de reciente publicación DSM-5, incorpora ciertas diferencias con respecto a las ediciones anteriores al introducir un sistema más dimensional que categorial como se venía utilizando. Además de lo anterior su organización se basa en mayor medida en el ciclo vital en el que suele aparecer cada uno de los cuadros clínicos y a la vez estos últimos se presentan cuando es preciso, en diferentes grupos de edad como es el caso del trastorno de estrés postraumático o los trastornos del sueño. El capítulo de los trastornos de ansiedad incluye un reagrupamiento diferente de los cuadros clínicos como es la exclusión del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). El nuevo capítulo de los trastornos relacionados con el trauma y con el estrés, se incluyen: el TEPT, donde se describen con cuatro grupos de síntomas, en lugar de tres como anteriormente (reexperimentación, hiperactivación, evitación y alteraciones cognitivas/cambios en el estado de ánimo) y con criterios diferentes para los menores de 7 años; el trastorno de estrés agudo; los trastornos adaptativos, el trastorno reactivo de la vinculación, y el trastorno del comportamiento social desinhibido (Echeburúa, Salaberría, Cruz-Sáez, 2014).

El DSM-V establece diferencias en los criterios diagnósticos de adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años por un lado y niños menores de 6 años por otro.

A continuación se detallan los criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático en adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años:

- A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
 1. Experiencia directa
 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar o amigo
 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s)
- B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s):
 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso. En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen aspectos del trauma.
 2. Sueños angustiosos recurrentes relacionados con el suceso(s) traumático(s).

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan el suceso(s) traumático(s).
 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s).
- D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s)
1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso debido típicamente a amnesia disociativa
 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo.
 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
 4. Estado emocional negativo persistente
 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
 6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas
- E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia
 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 3. Hipervigilancia.
 4. Respuesta de sobresalto exagerada.
 5. Problemas de concentración.
 6. Alteración del sueño
- F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

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

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

A continuación se detallan los criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años.

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

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros, especialmente a los cuidadores primarios.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a uno de los padres o cuidadores.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso. Estos recuerdos pueden no ser necesariamente angustiosos y expresarse como recreación en el juego.
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el niño siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). La representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas importantes a los recordatorios del suceso(s) traumático(s).

C. Ha de estar presentes uno (o más) de los síntomas siguientes, que representan evitación persistente de los estímulos o alteración cognitiva y del estado de ánimo asociada al suceso:

Evitación persistente de los estímulos:

1. Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones o situaciones interpersonales que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).

Alteración cognitiva:

3. Aumento importante de la frecuencia de estados emocionales negativos
4. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, que incluye disminución del juego.
5. Comportamiento socialmente retraído.
6. Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.

D. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia
2. Hipervigilancia.
3. Respuesta de sobresalto exagerada.
4. Problemas con concentración.
5. Alteración del sueño

E. La duración de la alteración es superior a un mes.

F. La alteración causa malestar clínicamente significativo o problemas en la relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores, o en el comportamiento en la escuela.

G. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.



Anexo B. Autorregistro de conductas problema y sus mantenedores

Fecha	¿Qué ocurre?	Quién	Dónde	Cuándo	¿Qué haces tú?	¿Qué pasa después?

Anexo C. Consentimiento informado

Apellido y nombre del paciente D.N.I:

Manifiesta la veracidad de los datos personales aportados para la confección de su historia clínica, y que ha recibido información suficiente acerca del tratamiento que realizará en la institución, al que presta voluntariamente su consentimiento, de acuerdo a las condiciones que se transcriben a continuación:

1. Se realizará un tratamiento psicológico, el cual se orientará a la atención de los motivos de consulta expuestos.
2. Por la presente deajo constancia que he sido informado de las características técnicas del enfoque a aplicar y me han sido respondidas todas las dudas pertinentes.
3. Se garantiza la confidencialidad, respecto a la información recibida por el paciente, cuyo límite solo podrá ser vulnerado con causa justa de acuerdo a lo establecido en el código de ética del ejercicio de la profesión.
4. El paciente se compromete a mantener la confidencialidad sobre la información que en la terapia grupal se exponga por parte de otros pacientes.
5. El tratamiento se llevará a cabo con una periodicidad semanal. Las consultas tienen una duración promedio de 45 minutos en la terapia individual, y de 90 minutos en el caso de la modalidad grupal, pudiendo haber variaciones según lo que acontezca en su transcurso.
6. La duración del tratamiento será de aproximadamente... Esta duración puede ser modificada mediante un nuevo acuerdo, en función del grado de avance en el cumplimiento de los objetivos establecidos.
7. La ausencia a dos entrevistas seguidas sin que medie aviso efectivo por parte del paciente, será interpretada como un abandono del tratamiento y podría disponerse del horario pautado, dándose por finalizado el tratamiento.
- 8.

Lugar

Fecha/...../.....

Nº de Colegiado:

Firma del Paciente

Firma del Profesional

Anexo D. Registro de exposición en imaginación de situaciones neutras

Situación neutra:

Descripción detallada del lugar	
Descripción de las características físicas personas de mi alrededor	
Descripción de lo que hacen las personas de mi alrededor	
Descripción detallada de lo que siento en ese momento	
Descripción detallada de lo que pienso en ese momento	
Descripción detallada de lo que percibo por los sentidos del olfato, tacto y gusto.	
Descripción detallada de la temperatura del ambiente	

Anexo E. Escalas y registros para el EMDR

Escala de unidades subjetivas de ansiedad (USAs)

Creencia negativa (categoría)	Recuerdos relacionados	USA (de 0 “neutral” a 10 “la de mayor intensidad)

Escala de validez de la cognición (VOC)

Creencia positiva	Validez 1 (“la considero completamente falsa”) a 7 (“la considero completamente verdadera”)

Registro de desensibilización

Imagen	Creencia negativa	Emociones	Nivel de malestar (USA) (de 0 "neutral" a 10 "la de mayor intensidad")	Sensaciones corporales

Inicio	Cambios (1º ciclo M. O.)	Cambios (2º ciclo)	Cambios (3º ciclo)	Cambios (4º ciclo)	Cambios (5º ciclo)	Cambios (6º ciclo)	Inicio
Imagen							
Creencia negativa							
Sensaciones corporales							
Nivel de malestar (USA) (de 0 "neutral" a 10 "la de mayor intensidad")							

M. O.: Movimientos oculares

	Inicio	(1º ciclo M. O.)	(2º ciclo M. O.)	(3º ciclo M. O.)	(4º ciclo M. O.)	(5º ciclo M. O.)	(6º ciclo M. O.)
Imagen original Creencia positiva:							
Nivel de malestar (USA) (de 0 “neutral” a 10 “la de mayor intensidad)							

M. O.: Movimientos oculares

	Inicio	(1º ciclo M. O.)	(2º ciclo M. O.)	(3º ciclo M. O.)	(4º ciclo M. O.)	(5º ciclo M. O.)	(6º ciclo M. O.)
Imagen original Creencia positiva:							
Sensaciones corporales							
Sensaciones de bienestar							

Autorregistro post-sensibilización

Fecha	Situación	Recuerdos	Pensamientos negativos	Sueños	Emoción



Anexo F. Detalle del programa de intervención

Sesiones de intervención individual

Sesión 1: Recogida de información

Sesión	Objetivos	Técnicas	Material
1	Identificar el motivo de consulta Empatizar, crear un clima de confianza y establecer un buen rapport Recoger información general sobre el problema	Entrevista Escucha activa Contención	Autorregistro de conductas problema y sus mantenedores

En esta primera sesión el objetivo principal es la recogida de información y el establecimiento de una primera toma de contacto. De esta forma, el terapeuta se presentará en primer lugar y a continuación preguntará acerca del motivo de la demanda. Mediante la entrevista realizará un análisis de la conducta, a través de la escucha activa y la contención tratará de crear un ambiente de confianza y empatizar con el paciente, para que se sienta atendido y pueda expresar libremente sus miedos e inquietudes. Todo lo anterior con la finalidad última de establecer un buen rapport con el paciente. Para finalizar se le entregará un autorregistro de conductas para que traiga en la siguiente sesión.

Sesión 2-3 : Evaluación

Sesión	Objetivos	Técnicas	Material
2-3	Comprobar si se cumple el diagnóstico Establecer el análisis funcional del problema, su origen y evolución	Pase de cuestionarios Uso de criterios diagnósticos	"Inventario de Depresión de Beck" "Inventario de Ansiedad de Beck" "Evaluación global del estrés postraumático" "Inventario de cogniciones postraumáticas" "Escala de Inadaptación" DSM-V

En las dos siguientes sesiones se llevará a cabo la evaluación. En primer lugar se pedirá al paciente que nos entregue el autorregistro de conductas entregado en la sesión anterior, el cual nos permitirá obtener mayor información acerca de la problemática. A partir de este momento se llevará a cabo una entrevista para obtener datos acerca de la sintomatología y la administración de diversas escalas e inventarios para poder comprobar

si cumple con los criterios diagnósticos del manual DSM-V de trastorno de estrés posttraumático

Sesión 4: Establecimiento de hipótesis y objetivos

Sesión	Objetivos	Técnicas	Material
4	Devolver la información al paciente sobre el proceso de evaluación Establecer objetivos terapéuticos consensuados Informar sobre las características de la intervención individual y grupal Obtener el compromiso del paciente con la intervención	Entrevista de devolución Diálogo socrático	Consentimiento informado

La sesión cuatro tendrá como objetivo realizar el análisis funcional con el que establecer las hipótesis acerca de los factores que están desencadenando y manteniendo el trastorno. Una vez realizado esto, el profesional consensuará con el paciente los objetivos a alcanzar con el abordaje psicoterapéutico, utilizando el diálogo socrático. Una vez establecidos los objetivos, se expondrá al paciente la posibilidad de participar en las sesiones grupales y las ventajas de este tipo de intervención. En el caso de que el paciente muestre interés por participar en el abordaje grupal se le explicará con mayor detalle en qué consiste y se firmará el consentimiento informado.

Sesión 5: Entrenamiento en imaginación

Sesión	Objetivos	Técnicas	Material
5	Potenciar la habilidad del paciente para imaginar	Entrenamiento en imaginación de situaciones neutras	Registro de exposición en imaginación de situaciones neutras

La sesión cinco tendrá como objetivo evaluar la habilidad para imaginar del sujeto para entrenarla y potenciarla. El profesional tratará que el paciente imagine de una forma cada vez más vívida y con mayor detalle, situaciones neutras de la vida cotidiana. Para ello le realizará preguntas cada vez más específicas, de forma que el paciente tendrá que realizar un esfuerzo cada vez mayor en focalizar su atención sobre todos los detalles de la situación imaginada. Se llevará a cabo los ejercicios hasta que el profesional considere

necesario, la finalidad es facilitar este aprendizaje con anterioridad a la sesión grupal de exposición en imaginación, de forma que el paciente haya adquirido las habilidades necesarias para poder llevarlo a cabo con éxito.

Sesiones 6-13: Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares

Sesión	Objetivos	Técnicas	Material
6-13	<p>Aplicar la técnica de EMDR</p> <p>Reprocesar el recuerdo del evento traumático</p> <p>Modificar el recuerdo del evento traumático por otro más adaptativo</p>	<p>1-Historia del cliente y planificación del tratamiento</p> <p>2- Preparación</p> <p>3- Evaluación de los componentes de la memoria a reprocesar</p> <p>4- Desensibilización</p> <p>5-Instalación</p> <p>6- Exploración corporal</p> <p>7-Cierre</p> <p>8-Reevaluación</p> <p>Relajación mediante la visualización de escenas o imágenes agradables</p>	<p>Cuestionario de cambio percibido</p> <p>Escala de unidades subjetivas de ansiedad (USAs)</p> <p>Escala de validez de la cognición (VOC)</p>

Las sesiones desde la seis a la trece tienen como finalidad conseguir el reprocesamiento adecuado del evento traumático por parte del paciente. La psicoeducación sobre esta técnica se habrá realizado en el abordaje grupal de forma que el profesional ya puede comenzar a aplicar directamente las ocho fases de las que está formada esta técnica.

Fase 1: Historia del cliente y planificación del tratamiento

En primer lugar, se evalúa si el paciente cumple las condiciones necesarias para poder realizar la técnica, que se basan principalmente en tener la capacidad de manejar elevados niveles de malestar que puedan darse a lo largo del proceso. Esto vendrá determinado principalmente por sus condiciones personales, físicas y nivel de disponibilidad para trabajar los elementos traumáticos.

A continuación se realizará una recogida de información para poder elaborar el tratamiento, lo que implica hacer una evaluación completa. Entonces, se identifican los elementos que requieren ser reprocesados, lo que puede incluir tanto recuerdos, como elementos disfuncionales (imágenes, cogniciones, emociones, sensaciones), también se

puede emplear el autorregistro de pesadillas utilizado en la primera sesión grupal. Además, también se determinarán las conductas positivas deseables para un futuro. Una vez identificada la creencia negativa dominante, se pedirá al sujeto que explore los recuerdos relacionados con la misma y que las califique con 5 o más en la escala de unidades subjetivas de ansiedad (USAs) que oscilan entre de 0 (“neutral”) a 10 (“la de mayor intensidad”). Estos recuerdos se consideran elementos clave para realizar el reprocesamiento.

En los casos en los que un paciente posea varios traumas susceptibles de ser abordados, se agruparán en categorías que incluyan elementos similares para posteriormente seleccionar un incidente representativo de cada grupo. Puede establecerse un nivel de USA para cada categoría, de forma que se elabore una jerarquía de menor a mayor intensidad para proceder posteriormente de forma gradual.

Fase 2: Preparación

Esta fase implica establecer una alianza terapéutica con el paciente, dándole una explicación sobre sus síntomas y los resultados que se pueden alcanzar con la técnica, teniendo en cuenta sus preocupaciones y dudas. Se le entrenará de técnicas de relajación adicionales a las tratadas la sesión grupal, como la visualización de escenas o imágenes relajantes para que utilice durante y entre las sesiones, con el objetivo de manejar el malestar emocional y poder cerrar sesiones incompletas.

Fase 3: Evaluación de los componentes de la memoria a reprocesar

Se trata de evaluar los componentes sensoriales, cognitivos, afectivos y fisiológicos del recuerdo seleccionado. El paciente deberá realizar lo siguiente:

- Describir la imagen visual que mejor represente el recuerdo. Esta imagen puede representar el evento traumático en su totalidad o únicamente la parte más perturbadora, no siendo necesario que sea vívida ya que el objetivo es el establecimiento de una vía de acceso a la parte del cerebro donde se encuentra almacenada esta información.

- Identificar un pensamiento que suscite esta imagen y exprese una valoración negativa de sí mismo en la actualidad, es decir de cómo el paciente se siente ahora acerca de sí mismo cuando recuerda lo ocurrido. Estas creencias negativas son verbalizaciones del afecto perturbador. En los casos en los que el paciente tenga dificultades a la hora de identificar una creencia, el profesional puede proponerle algunas alternativas.

- Establecer un pensamiento positivo relacionado con el recuerdo a procesar, que será empleado más adelante durante la quinta fase para reemplazar la cognición negativa. Esta creencia positiva debe ser realista e incluir en la medida de lo posible un locus de control

interno, por ejemplo *“puedo salir adelante”*. De esta forma, a través de la escala de validez de la cognición (VOC) el paciente determinará cuánto de verdadera es esta creencia positiva al asociarla con el recuerdo, las puntuaciones de esta escala oscilan entre 1 (*“la considero completamente falsa”*) a 7 (*“la considero completamente verdadera”*). En los casos en los que el paciente tenga dificultades a la hora de identificar una creencia, el profesional puede proponerle algunas alternativas. En la medida de lo posible se intentará que la formulación de la creencia positiva no incluya negaciones, que se pueda generalizar a la mayoría de las categorías de recuerdos traumáticos y que se puedan adaptar al afrontamiento de situaciones futuras. Es decir, son preferibles las formulaciones generales y breves, por ejemplo *“puedo valérmelas por mí mismo”*.

- Visualizar en la mente esta imagen y mantenerla junto con la creencia negativa, de modo que se identifiquen las emociones que éstas suscitan (ansiedad, culpa, ira etc) y se indiquen el nivel de malestar emocional experimentado según la escala de unidades subjetivas de ansiedad (USAs) que oscila entre 0 (*“neutral”*) y 10 (*“la más elevada imaginable”*). Lo más probable es que tanto las emociones como su intensidad vayan variando una vez comenzado el reprocesamiento.

- Identificar las sensaciones corporales provocadas al concentrar la atención sobre la visualización de la imagen, tales como taquicardia, sudoración o tensión muscular.

Fase 4: Desensibilización

Se informa al paciente que durante el proceso se le pedirá que concentre su atención sobre la imagen, la creencia negativa y sensaciones corporales. Además se le advertirá que a medida que se vaya avanzando, es probable que el contenido de la imagen, el tipo e intensidad de la emoción y la valoración cognitiva sufran modificaciones. De esta forma el paciente debe dejar que el proceso siga su curso e informar cuando se le pregunte de lo que está ocurriendo, sin realizar ninguna interferencia sobre si debe estar sucediendo o no. Además, se le advertirá que en el caso en el que necesitara realizar una pausa puede avisar levantando una mano para entonces aplicar las técnicas de relajación y manejar el malestar emocional generado. Al mismo tiempo que el paciente se concentra en la imagen, creencia negativa y sensaciones corporales deberá permanecer con la cabeza inmóvil mientras sigue con la mirada los dedos índice y corazón de ambas manos del terapeuta situados a unos 30-35 cm de su rostro. Primero se le mostrará lentamente la dirección de los movimientos oculares que irán desde el extremo derecho al izquierdo o viceversa del campo visual. Posteriormente se irá incrementando la velocidad hasta alcanzar la máxima que el paciente pueda seguir con comodidad, lo que suele ser 1-2 movimientos por segundo, siendo un movimiento un cambio de derecha a izquierda y de nuevo a la derecha. Cada movimiento

bidireccional se repetirá 24 veces o más. Cabe señalar que el tipo, velocidad, dirección y número de movimientos se ajustarán a las necesidades de cada paciente. Además de los movimientos oculares también se pueden emplear golpes rítmicos con uno o dos dedos sobre las palmas de las manos y señales auditivas por ejemplo chasquidos de los dedos en cada oreja.

Tras la realización de 24 movimientos, se pide al cliente que deje de focalizar la atención sobre la imagen y realice una respiración profunda. Entonces, se le pregunta qué es lo que siente en ese momento. Generalmente, cualquier nuevo elemento que surja (imagen, cognición, sensación, emoción) se convierte en el foco de atención para el siguiente conjunto de movimientos oculares evitando en la medida de lo posible, interpretaciones y comentarios del terapeuta. Este ciclo se repite varias veces durante la sesión, generalmente se suelen producir cambios informados por el paciente en emociones, sensaciones y valoraciones cognitivas. Para finalizar, el terapeuta pide al paciente que vuelva a centrarse en la imagen original. La cuarta fase termina cuando el paciente informa de 0-1 USAs en respuesta a la visualización de la imagen. Es normal que se produzcan cambios en la imagen original o que aparezcan otras imágenes o pensamientos diferentes, esto es debido a las diversas asociaciones que se han ido realizando durante el proceso.

Shapiro (1995) señala que en muchos casos los movimientos oculares u otras formas alternativas de estimulación no son suficientes para conseguir un reprocesamiento completo. De forma que habría que detener el procesamiento y sería necesaria la aplicación de estrategias adicionales y de procedimientos avanzados en EMDR.

Fase 5: Instalación

El objetivo de esta fase es instaurar y potenciar el pensamiento positivo escogido para modificar la creencia negativa original. Esta fase comienza en el momento en el que el recuerdo sólo produce entre un 0-1 USAs de malestar emocional. Antes de comenzar se pregunta al paciente si desea utilizar la cognición positiva escogida con anterioridad u otra que considere más adecuada. Entonces se le pide que focalice la atención sobre la imagen original y la cognición positiva para que indique según la escala VOC, el grado en que considera esta cognición como verdadera.

A continuación, el paciente visualiza de nuevo la imagen original junto con la cognición positiva mientras el terapeuta realiza un conjunto de movimientos oculares. Entonces, se le indica que valore de nuevo de 1 a 7 cuánto de verdadera considera que es este pensamiento cuando focaliza la atención sobre la imagen. Se repite este proceso hasta que el paciente verbalice que tras 2-3 conjuntos de movimientos oculares, valora con una puntuación de 6-7 el pensamiento positivo.

En el caso en el que no se llegue al nivel de 6 tras varios conjuntos de movimientos, hay que identificar si otra imagen y/o cognición están interfiriendo en el proceso, en el caso de que así fuera se aplica el proceso de EMDR a estos últimos elementos.

Fase 6: Exploración corporal

Una vez que la cognición positiva ha sido totalmente instaurada, se pide al paciente que mantenga la atención sobre la imagen que se está trabajando y la cognición positiva. De forma que explore su cuerpo para comprobar si existe alguna tensión residual, estas sensaciones se trabajarían a continuación mediante sucesivos movimientos oculares. En el caso de que identificara sensaciones de bienestar, también se llevarían a cabo los movimientos oculares para potenciar el pensamiento positivo.

Fase 7: Cierre

El terapeuta decide si la memoria ha sido procesada con éxito y, en caso de que no haya sido así, ayuda al paciente a recuperar el equilibrio emocional mediante las técnicas de relajación aprendidas en la segunda fase. Es importante informar al paciente que el procesamiento puede seguir después de la sesión a través de imágenes, pensamientos, sueños o emociones desagradables, siendo esto un aspecto positivo dentro del proceso. Se pide al paciente que registre todos estos pensamientos negativos, sueños, recuerdos y emociones, ya que pueden ser empleados como elementos a trabajar en la siguiente sesión. También se le recordará que puede emplear las técnicas de relajación en caso de experimentar niveles elevados de ansiedad.

Fase 8: Reevaluación

Esta fase se lleva a cabo al inicio de cada nueva sesión. El terapeuta solicita al paciente que acceda de nuevo a los recuerdos reprocesados en la sesión anterior para revisar sus respuestas ante estos recuerdos y comprobar que se mantienen las mejoras alcanzadas. En el caso en el que persistan elementos perturbadores se volverá a aplicar el EMDR. También se preguntará al paciente cómo se siente con respecto a los recuerdos anteriores a la última sesión, se revisará el autorregistro para comprobar en qué grado se han generalizado los efectos del tratamiento y si existe algún elemento de la información ya procesada que necesite ser abordado de nuevo. Además, también se trabajará con EMDR cualquier situación futura que pueda provocar emociones relacionadas con los recuerdos reprocesados. Puede ocurrir que en esta fase se descubran nuevos elementos a procesar una vez que los recuerdos previamente tratados hayan sido integrados adecuadamente.

Al finalizar la última fase del EMDR se le administrará al paciente el cuestionario de cambio percibido.

Sesiones 14-15: Evaluación postratamiento

Sesión	Objetivos	Técnicas	Material
14-15	Realizar la evaluación postratamiento Planificar el seguimiento	Pase de cuestionarios	"Inventario de Depresión de Beck" "Inventario de Ansiedad de Beck" "Evaluación global del estrés postraumático" "Inventario de cogniciones postraumáticas" "Escala de Inadaptación"

Durante las sesiones catorce y quince se volverán a administrar los mismos instrumentos de evaluación que se utilizaron para la evaluación pre-tratamiento de forma que a través de la comparación de los resultados podamos determinar la evolución del sujeto así como la eficacia del programa. Además se realizará un seguimiento de la evolución del paciente de modo que esta evaluación post-tratamiento se volverá a realizar pasados uno, tres, seis y doce meses después del programa.

Sesiones de intervención grupal

Sesión 1

Módulo	Técnicas	Material
1 ¿Qué me está pasando?	Presentación de las participantes y de la terapeuta Establecimiento de normas de trabajo en grupo Psicoeducación Explicación de los objetivos del tratamiento Higiene del sueño	Listado de normas del grupo Registro de asistencia Vídeo sobre el TEPT Modelo explicativo del mantenimiento del TEPT Pautas de higiene del sueño Autorregistro de pesadillas Contrato de confidencialidad Cuestionario de opinión personal

Objetivo:

Presentar el programa y conseguir que los pacientes comprendan el trastorno y cómo se va a trabajar para paliar los síntomas

Descripción de las actividades:

1. Presentación de las participantes y de la terapeuta:

La terapeuta se presenta y da la bienvenida a los participantes reforzando su asistencia, diciendo que el hecho de estar presentes es un gran paso a la hora de superar su problema y que aunque se encuentren ante un grupo de desconocidos, con toda

probabilidad compartirán muchas cosas. De forma que aprenderán de la experiencia del resto y a su vez será un gran apoyo durante toda la intervención. A continuación, se reparte unas tarjetas, junto con unos rotuladores e impermeables, para que cada participante se coloque su tarjeta con su nombre de forma que esto facilite el aprendizaje de los nombres y la interacción entre los sujetos. Entonces, se invita a que se coloquen en parejas para que intenten averiguar una serie de datos personales que el terapeuta les indica, tales como (nombre, edad, estado civil, profesión) y también se propone únicamente para el que lo desee que explique las razones por las que piensa que está en el grupo. De forma que cada participante presentará a su pareja al resto del grupo.

2. Establecimiento de normas de trabajo en grupo:

Se explica que para facilitar el funcionamiento del grupo es necesario el cumplimiento de una serie de normas. Los participantes elegirán dos normas que considere relevantes y las explicará al resto. Se elegirán las normas más votadas entre los miembros a las que el terapeuta añadirá las de respeto, participación activa tanto en las sesiones como en las tareas para casa, puntualidad y confidencialidad. De forma que para garantizar el cumplimiento de ésta última se firmará un contrato por cada miembro del grupo.

3. Psicoeducación:

La terapeuta expone a los participantes que la finalidad del grupo es reunir a personas que están experimentando el mismo problema, de forma que la experiencia de cada uno pueda servir de apoyo al resto a la hora de superarlo mediante las técnicas que se van a instruir en las sesiones. Entonces, se remarcará la importancia del conocimiento de este trastorno, ya que ellos mismos deben convertirse en expertos del mismo para poder superarlo con éxito. También se comentará que los síntomas o reacciones actuales son normales ante la situación vivida ya que se trata de un mecanismo de defensa del ser humano para recordar lo ocurrido y estar más preparados en el caso de que se volviera a repetir en un futuro. Se explica que frente a eventos traumáticos, generalmente se desarrolla una serie de síntomas como son: Recordar permanentemente el evento, pesadillas, no tener ganas de realizar actividades que antes eran gratificantes, evitar ciertos pensamientos, sentimientos, actividades o cosas que se han asociado a ese acontecimiento, tener dificultad para focalizar la atención, tener dificultad para dormir, estar más irritable o incluso tener explosiones de ira o llanto, etc. Se explica que estas reacciones se dan porque los seres humanos tenemos dos tipos de memorias o maneras de almacenar la información en nuestro cerebro: A través de una vía rápida o memoria automática y de una vía más lenta, conocida como memoria controlada o consciente. En este caso la memoria automática ha almacenado el evento traumático sin procesarlo y con mucho detalle es por lo que sentimos

miedo ante determinadas situaciones, que no siempre podemos relacionar con lo que nos ocurrió. Sin embargo, la memoria consciente, ha intentado darle un significado a esta información cuando la almacenó, por ello ante situaciones de las que no somos responsables, tenemos sentimientos de culpa, incapacidad, desesperanza, rabia, etc. A continuación para ilustrar la explicación del trastorno se visualizarán un vídeo y un powerpoint para facilitar la comprensión del modelo explicativo del mantenimiento del TEPT, para que los participantes comprendan a continuación que abordaje que se va a llevar a cabo en el programa es la ruptura de los elementos que están manteniendo el problema.

4. Explicación de los objetivos del tratamiento:

Se explica que, debido a lo mencionado anteriormente y con el objetivo de eliminar los factores mantenedores del problema el programa se va a basar en:

- Entrenamiento en relajación para conseguir tomar el control sobre la activación de nuestro sistema nervioso

- Entrenamiento en el control de pensamientos irracionales y su transformación en otros más adaptativos.

- Entrenamiento en exposición al trauma primero en imaginación y luego in vivo. Con la finalidad de eliminar el miedo y las conductas de evitación que están manteniendo el problema.

- Técnica para el procesamiento adecuado del trauma

- Actividades que nos ayuden a poner punto y final a lo sucedido en el pasado y a mirar al futuro sin miedo y con esperanza.

5-Higiene del sueño

El terapeuta expondrá la importancia de regular los patrones de sueño y alimentación previamente a comenzar cualquier intervención. Se explicarán pautas de higiene de sueño que posteriormente se facilitarán por escrito y además un autorregistro de pesadillas para que cada participante vaya redactando en la menor brevedad posible y con el mayor número de detalles las pesadillas experimentadas, ya que se empleará en posteriores sesiones.

Para finalizar se entregará el registro de asistencia para que los sujetos vayan firmando y además el cuestionario de opinión personal, en el que se pregunta qué es lo que más le ha gustado de esta sesión, qué es lo que menos, qué cambiaría, qué añadiría y qué les ha sido de mayor utilidad. Se pedirá si algún voluntario quiere exponer su opinión al resto del grupo.

Sesiones 2-3

Módulo	Técnicas	Material
2-3 Aprendiendo a relajarme	Revisión de tareas para casa Psicoeducación sobre la ansiedad Control de la respiración Relajación 16 grupos musculares (Jacobson) Relajación 8 grupos musculares (Jacobson) Tareas para casa: practicar respiración y relajación y cumplimentar autorregistro	Registro de asistencia Vídeo sobre el funcionamiento de la ansiedad Colchonetas Música de relajación Pautas de relajación Ejercicios de respiración Ejercicios de relajación 16 grupos musculares Ejercicios de relajación 8 grupos musculares Autorregistro de relajación Cuestionario de cambio percibido Cuestionario de opinión personal

Objetivo:

Tomar el control sobre la activación de nuestro sistema nervioso.

Descripción de las actividades:

1. Revisión de tareas para casa

El terapeuta comienza preguntando acerca de cómo ha ido el patrón de sueño a lo largo de la semana, sobre las horas, la calidad del sueño y la experimentación de pesadillas. Y además si ha habido algún problema a la hora de aplicar las pautas para la mejora del sueño antes de recoger los autorregistros de pesadillas y de horas de sueño. Entonces se preguntará sobre los hábitos de alimentación durante la semana. Por último se les felicitará por haber cumplido con las tareas asignadas.

2. Psicoeducación sobre el funcionamiento de la ansiedad.

Se comenzará dando una breve explicación sobre el concepto de ansiedad y de su funcionamiento, que posteriormente se ilustrará mediante la visualización de una serie de vídeos. Se preguntará entonces si existe alguna duda respecto a lo anteriormente comentado y a continuación se hará partícipe al grupo de modo que se preguntará si hay algún voluntario que desee contar su experiencia con la ansiedad. Se expondrá para finalizar que el estado de relajación es el contrario al de ansiedad de forma que el objetivo de estas sesiones es el entrenamiento en relajación.

3. Control de la respiración.

Se explica a las participantes que muchos de los síntomas mencionados con anterioridad se pueden controlar mediante técnicas apropiadas de relajación. Y que una de las condiciones necesarias previas a alcanzar un estado de relajación es la respiración lenta diafragmática. Se pone énfasis en que ciertas situaciones, en especial las estresantes, como las que han vivido, favorecen una forma de respirar rápida y superficial que implica una subutilización de los pulmones, que implica una peor oxigenación y aumento en nuestra sensación de tensión, todo lo cual puede llegar a ocasionar ansiedad, depresión, fatiga física y malestar general; la técnica de control de respiración es una herramienta útil para desactivarnos, permitiéndonos hacer frente al estrés. Se enseña la técnica de control de la respiración.

Se pide a las participantes que lleven a cabo en casa el ejercicio de control de la respiración dos veces a lo largo del día, dedicando 5 minutos cada vez, antes de acostarse y en otro momento a su elección (fijado en la sesión, con cada participante), registrando el momento del día en que lo practicaron y como se sintieron tras haberlo realizado.

4. Relajación 16 grupos musculares (Jacobson)

Cada participante cogerá una colchoneta sobre la que se tumbará boca arriba. Antes de iniciar los ejercicios de relajación, el terapeuta pedirá a los participantes que realicen cinco respiraciones profundas, el terapeuta guiará el ritmo de cada respiración. Una vez realizado esto, de forma pausada y con música relajante de fondo irá instruyendo acerca de los ejercicios de cada uno de los 16 grupos musculares.

5. Relajación 8 grupos musculares (Jacobson)

Cada participante cogerá una colchoneta sobre la que se tumbará boca arriba. Antes de iniciar los ejercicios de relajación, el terapeuta pedirá a los participantes que realicen cinco respiraciones profundas, el terapeuta guiará el ritmo de cada respiración. Una vez realizado esto, de forma pausada y con música relajante de fondo irá instruyendo acerca de los ejercicios de cada uno de los ocho grupos musculares.

6. Tareas para casa: practicar respiración y relajación y cumplimentar autorregistro

Se les pedirá que practiquen en casa los ejercicios tanto de respiración como de relajación y que cumplimenten un autorregistro en el que además de incluir los días y la hora a la que se practique deberá constar el nivel de relajación alcanzado de una escala entre 0 y 10.

Para finalizar se entregará el registro de asistencia para que los sujetos vayan firmando. También se les pedirá que cumplimenten el cuestionario de cambio percibido y de

opinión personal, en el que se pregunta qué es lo que más le ha gustado de estas últimas sesiones, qué es lo que menos, qué cambiaría, qué añadiría y qué les ha sido de mayor utilidad. Se pedirá si algún voluntario quiere exponer su opinión al resto del grupo.

Sesiones 4-7

Módulo	Técnicas	Material
4-7 Lo que pienso, importa	Revisión de tareas para casa Psicoeducación sobre el papel de los pensamientos (Modelo ABC) Identificación y evaluación de las cogniciones postraumáticas Reevaluación cognitiva Entrenamiento en parada de pensamiento Técnicas de distracción Programación de actividades agradables Tareas para casa: autorregistro de pensamientos y actividades agradables	Registro de asistencia Listado de tipos de distorsiones cognitivas Listado de tipos de pensamientos irracionales Autorregistro pensamientos A-B-C-D Listado de actividades agradables Cuestionario de cambio percibido Cuestionario de opinión personal
	Objetivo: Ser conscientes de la importancia de los pensamientos Saber identificar cogniciones irracionales o relacionadas con el trauma Convertir estos pensamientos en otros más adaptativos Conseguir programar actividades agradables para obtener refuerzo	

Descripción de las actividades:

1. Revisión tareas para casa

Se comenta qué dificultad hubo para realizar las tareas asignadas, en el caso de que existiera algún problema en realizar los ejercicios de respiración y de relajación se comenta y se recuerda que se debe continuar practicando en casa para aumentar el dominio de la técnica. Se entrega un autorregistro para poder anotar el número de veces que se ha practicado y el nivel de relajación conseguido.

Se finaliza felicitando por haber cumplido con las tareas asignadas.

2. Psicoeducación sobre el papel de los pensamientos (Modelo ABC).

Se explica a los asistentes la relación que existe entre lo que pensamos y lo que sentimos, es decir, cómo nuestros pensamientos afectan a nuestras emociones y viceversa. Se expone el modelo A-B-C de Elly y Beck que nos dice que ante una determinada situación (A), nosotros realizamos una evaluación o interpretación de la misma a través de lo

que pensamos (B) y esto provoca una reacción emocional y un comportamiento (C). Es decir que, aunque una situación o evento sea importante, no es la que causa la emoción y la conducta, sino que es la combinación de la situación junto con la interpretación que hacemos. De esta forma no son los acontecimientos los que determinan nuestro estado emocional, sino cómo decidimos sentirnos en relación con esos acontecimientos.

Se aclarará con el siguiente ejemplo:

(A = hecho objetivo o acontecimiento) Pedro suspende un examen de estadística

(B = interpretación del hecho) Pedro se dice a sí mismo que es incapaz de aprobar esta asignatura por más que se esfuerce

(C = consecuencias o sea emoción y conducta) Pedro se deprime y anula la cita que tenía con unos amigos para ir a cenar el viernes por la noche.

(A) Juan (compañero de Pedro y con unas aptitudes y conocimientos parecidos)

suspende también el examen de estadística

(B) se dice a sí mismo que no ha estudiado lo suficiente

(C) se siente mal pero no se deprime, no anula ninguno de sus compromisos sociales e intenta planificar mejor sus estudios asignando más tiempo a esta asignatura que ha suspendido

Por lo que se concluirá diciendo que si somos capaces de controlar nuestros pensamientos y diálogo interno, ajustándolo a la realidad, también seremos capaces de cambiar nuestras emociones y conductas problemáticas. Esta idea es contraria a la de las personas que creen que su estado anímico depende de las cosas que les ocurren o por los actos de los demás y que poco o nada pueden hacer para cambiarlo. Es cierto que los acontecimientos externos nos afectan en mayor o menor medida pero siempre tenemos un margen de libertad para decidir cómo nos queremos sentir a pesar de las circunstancias.

Así los pensamientos o autoverbalizaciones adecuados conducen a sentimientos apropiados, mientras que las negativas o distorsionadas generan sentimientos desadaptativos e innecesarios. Frente a esto tenemos dos alternativas, o bien analizar aquellos pensamientos y darnos cuenta del error que estamos cometiendo al interpretar la situación, o bien, eliminar aquellas cadenas de pensamientos automáticos desde su aparición ya que no conducen nada y sólo son autodevaluantes. De esta forma lo que se va a hacer en estas sesiones es el entrenamiento para poder darnos cuenta de los errores en nuestros pensamientos y saber modificarlos y por otro lado a bloquear estos pensamientos

automáticos mediante tres técnicas: la reestructuración cognitiva, la parada de pensamiento y de distracción.

3. Identificación, evaluación y reestructuración de los pensamientos irracionales relacionados con el trauma.

Se reparten dos hojas, una con un listado de distorsiones cognitivas y el otro con un ejercicio para identificar con qué distorsión se corresponde cada pensamiento. Se irá leyendo el listado en voz alta y el terapeuta irá explicando cada distorsión cognitiva. De forma que en parejas o en grupos de tres, los participantes tendrán que realizar el ejercicio y además identificar cómo podría modificar ese pensamiento para que fuera más adaptativo. Una vez finalizado, se pedirá a cada grupo que indique la frase que ha señalado y nos dé una explicación acerca de cómo lo ha resuelto. A continuación se realizará lo mismo con un listado de pensamientos irracionales y un ejercicio para hacer en grupos. Una vez finalizado, se ofrece la posibilidad de que algún voluntario verbalice alguno de los pensamientos que ha tenido tras el evento traumático para que con ayuda del resto, se pueda transformar en uno más adecuado. Se repartirán entonces los autorregistros de pensamientos A-B-C-D como tareas para casa a entregar en la siguiente sesión. Se explica que para llevar a cabo la reevaluación de los pensamientos hay que distinguir entre acontecimientos, pensamientos y sentimientos. De forma que se escribe en la pizarra tres columnas diferentes en las que la A se corresponderá con los acontecimientos, la B con los pensamientos, la C con las emociones y la D con el pensamiento alternativo. Se ilustra la forma de rellenar las columnas con un ejemplo y para finalizar se pide que cumplimenten por lo menos dos líneas del autorregistro cada día, con respecto al acontecimiento traumático y a una situación cotidiana.

4. Entrenamiento en parada de pensamiento

Una vez se han revisado y comentado entre todos las anotaciones de los autorregistros A-B-C-D y aclaradas las dudas y/o dificultades que hayan podido surgir. Se continúa explicando la técnica de la parada de pensamiento que tiene como objetivo eliminar desde un principio aquellas cadenas de pensamientos que surgen de forma automática y que nos hacen sentir mal cuando no hay ningún motivo para ello. Se pide a las participantes que pongan tres ejemplos de pensamientos molestos, que realmente generan malestar al generar sentimientos de rabia, menosprecio y tristeza o al interferir en la realización de otras tareas. A continuación por turnos, cada participante dirá la cadena de pensamientos que desea eliminar, la terapeuta se asegurará de que la cadena sea verbalizada de la forma más concreta y completa posible. En ese momento se establecerá el estímulo de corte con frases como “alto” o “basta”.

5. Técnicas de distracción

A continuación se explicará el funcionamiento de las técnicas de distracción como alternativa a la anterior para lograr cortar los pensamientos automáticos desde su inicio. Se pondrán varios ejemplos para que cada participante elija la que más se ajuste a sus necesidades (contar hacia atrás de cuatro en cuatro comenzado desde 1000, contar coches de determinado color etc.). En este momento se practicará la combinación de ambas técnicas, se pide a los participantes que imaginen sus verbalizaciones, la terapeuta introduce a los cinco segundos el estímulo de corte y pide la realización de la tarea distractora en imaginación. Se repite unas tres o cuatro veces. Entonces, a continuación se pide a los participantes que realicen el ejercicio anterior pero en este caso serán ellos mismos los que introducirán el estímulo de corte, es decir la frase convenida. Se vuelve a repetir tres o cuatro veces, es importante verificar que el estímulo está realmente cortando la cadena de verbalizaciones. Por último se pide que realicen nuevamente el ejercicio, pero esta vez el estímulo de corte deben introducirlo de manera encubierta, sólo a través de la imaginación, no pronunciarlo. Se repite este paso tres o cuatro veces.

6. Actividades agradables

Se les pide que recuerden las actividades que realizaban antes del suceso traumático y que les resultaban reforzantes y que las apunten en el listado que se les ha facilitado. Se les indica que realicen todos los días tres o cuatro actividades que se encuentren en la lista y que las anoten en el autorregistro. La terapeuta pone énfasis en que hay muchas actividades, que aunque sean sencillas, pueden resultar gratificantes y se les pide que den ejemplos de ellas para realizar una lluvia de ideas. Además se les recomendará que incluyan dentro de este listado algún tipo de actividad deportiva debido a que ésta nos puede ayudar a bajar los niveles de ansiedad.

7. Tareas para casa: autorregistro de pensamientos y actividades agradables

Se les pide que completen nuevamente por lo menos dos líneas de una hoja A-B-C-D por día, que pongan en práctica la detención de pensamiento por lo menos dos veces al día, registrando las situaciones en las que aparece y que completen el autorregistro de actividades agradables. Por último se les recuerda la importancia de que continúen practicando las técnicas de relajación y respiración y cumplimenten los autorregistros correspondientes.

Para finalizar se entregará el registro de asistencia para que los sujetos vayan firmando. También se les pedirá que cumplimenten el cuestionario de cambio percibido con relación a los ejercicios de respiración y relajación, y el cuestionario de opinión personal en

el que se pregunta qué es lo que más le ha gustado de estas últimas sesiones, qué es lo que menos, qué cambiaría, qué añadiría y qué les ha sido de mayor utilidad. Se pedirá si algún voluntario quiere exponer su opinión al resto del grupo.

Sesiones 8-10

Módulo	Técnicas	Material
8-10 Recordar sin sentir miedo	Revisión tareas para casa Psicoeducación importancia de exposición Exposición en imaginación Exposición in vivo Tareas para casa: practicar la exposición en imaginación	Listado de recuerdos traumáticos Autorregistro exposición en imaginación Listado de situaciones evitadas Autorregistro exposición in vivo Cuestionario de cambio percibido Cuestionario de opinión personal
Objetivo:		
Rememorar los recuerdos relacionados con el trauma		
Realizar la exposición a los recuerdos del trauma utilizando la imaginación		
Realizar la exposición a los elementos/situaciones evitadas		

Descripción de las actividades:

1. Revisión tareas para casa

Se comenta qué dificultad hubo para realizar las tareas asignadas. Cada participante pone en común con el resto una de las situaciones cumplimentadas en el autorregistro A-B-C-D y se comenta entre todos los miembros. En el caso de que existiera algún problema o duda se volvería a explicar el procedimiento para cumplimentar este registro.

Se piden voluntarios para comentar el listado de actividades agradables. Se recuerda que se debe continuar practicando los ejercicios de respiración y relajación en casa. Se entrega un autorregistro para poder anotar el número de veces que se ha practicado y el nivel de relajación conseguido. Así como otro autorregistro de pensamientos A-B-C-D.

Se finaliza felicitando por haber cumplido con las tareas asignadas.

2. Psicoeducación importancia de exposición

El profesional volverá a exponer el modelo explicativo acerca del mantenimiento del TEPT, ya explicado durante la primera sesión grupal, para explicar a los sujetos la importancia de exponerse a los recuerdos y a las situaciones temidas para conseguir eliminar el miedo y superar el trastorno. Ya que de modo contrario el miedo continuará y el problema seguirá manteniéndose en el tiempo. Se les explicará que primero se realizará la

exposición en imaginación sobre los recuerdos del trauma y posteriormente la exposición in vivo con respecto a las situaciones evitadas.

3. Exposición en imaginación

Para facilitar la exposición en imaginación, se practicó previamente en una sesión individual el entrenamiento en imaginación de situaciones neutras. El terapeuta explica que para realizar la exposición deben ser capaces de imaginar un recuerdo del evento traumático que les provoque ansiedad y al que sean capaces de enfrentarse. Por ello se les pide que recuerden algunas situaciones que registrarán en una hoja y además señalarán el grado de ansiedad que les provoca cada una de ellas en una escala de 0 a 10. Entonces se ordenarán de menor a mayor nivel de ansiedad, para que empiecen a imaginar la de menor intensidad. Se les recuerda que deben imaginar esa situación como si la estuvieran experimentando en ese momento, haciendo la descripción en primera persona, en tiempo presente y con tanto detalle como sea posible, incluyendo características sensoriales: Lo que estaba oyendo, viendo, pensando y sintiendo en ese momento. El terapeuta lo ejemplifica pensando en voz alta y pide a cada una de ellas que haga el ejercicio de imaginación. El profesional debe poner énfasis en la importancia de que la descripción sea mantenida en la imaginación hasta reducir la ansiedad por lo menos hasta un nivel de 3 e irá supervisando que cada participante esté efectivamente exponiéndose a la situación aversiva. Cada participante graba el relato que va haciendo en voz alta, para su posterior utilización en casa. A continuación se repite el ejercicio de exposición en imaginación a las dos situaciones siguientes de la lista, siguiendo el mismo procedimiento.

4. Exposición in vivo

El terapeuta explica que una vez realizada la exposición en imaginación a los recuerdos del trauma lo siguiente es la exposición a las situaciones evitadas. Para ello, se les pedirá que realicen un listado con las situaciones que evitan, poniendo en primer lugar aquellas que les genere menor ansiedad hasta la de mayor nivel. Entonces se les recordará las técnicas de afrontamiento que pueden emplear a la hora de exponerse a ellas como la relajación, respiración, parada de pensamiento etc y se les pedirá que comiencen exponiéndose a las situaciones que menor ansiedad les genere y que lo hagan tantas veces como sea necesario hasta que su nivel de ansiedad baje hasta un nivel de 3 en una escala de 0 a 10, para entonces continuar con el siguiente elemento de la lista.

5. Tareas para casa: practicar la exposición en imaginación y in vivo

Se pide a las participantes que se expongan en imaginación a la situaciones entrenadas en sesión, una vez al día a lo largo de la semana, llevando un registro del

momento del día e, hora de inicio y finalización, grado de ansiedad que les producía al empezar y grado de ansiedad al finalizar, en una escala de 0 a 10. Se concreta con cada participante el momento del día en que lo realizarán. Se las instruye, asimismo, para que cuando logren exponerse en tres ocasiones al relato que han grabado, con una ansiedad mínima (3 o menos en una escala de 0 a 10), se expongan a una nueva situación que les produzca mayor ansiedad que la ya grabada hasta si es posible exponerse a la situación que les genere el mayor grado de ansiedad.

También se les pedirá que realicen la exposición in vivo a las situaciones evitadas, registrando el día, el momento en que se lleva a cabo, hora de inicio y finalización, el nivel de ansiedad antes y después en una escala de 0 a 10 y si utilizaron alguna estrategia de afrontamiento Para finalizar se entregará el registro de asistencia para que los sujetos vayan firmando. También se les pedirá que cumplimenten el cuestionario de cambio percibido con relación a las técnicas cognitivas y el cuestionario de opinión personal, en el que se pregunta qué es lo que más le ha gustado de estas últimas sesiones, qué es lo que menos, qué cambiaría, qué añadiría y qué les ha sido de mayor utilidad.

Sesión 11

Módulo	Técnicas	Material
11 Reprocesando el trauma	Psicoeducación sobre el EMDR.	Registro de asistencia Vídeo sobre la aplicación de la técnica de EMDR Cuestionario de opinión personal
Objetivo: Comprender como funciona la técnica del EMDR. Conocer el modo en que esta técnica contribuye al reprocesamiento del trauma		

Descripción de las actividades:

1. Revisión tareas para casa

Se comenta qué dificultad hubo para realizar las tareas asignadas. Cada participante pone en común con el resto una de las situaciones cumplimentadas tanto en el autorregistro de exposición en imaginación como in vivo y se comenta entre todos los miembros. En el caso de que hubiera habido algún problema también se pone en común .Se recuerda que se debe continuar practicando los ejercicios de respiración y relajación en casa. Se entrega un autorregistro para poder anotar el número de veces que se ha practicado y el nivel de

relajación conseguido. Así como de exposición en imaginación y in vivo a las situaciones evitadas.

Se finaliza felicitando por haber cumplido con las tareas asignadas.

2. Psicoeducación sobre el EMDR

El terapeuta introducirá la técnica del EMDR mediante una exposición breve realizada con powerpoint sobre los puntos clave de la misma e indicará el objetivo de la técnica y en qué medida puede ser de utilidad a la hora de abordar el trastorno de estrés postraumático. A continuación se visualizará un vídeo en el que aparece la aplicación de la técnica sobre casos reales para que los participantes comprendan con mayor detalle el procedimiento. Una vez finalizado se preguntará si existe alguna duda o comentario al respecto y se indicará que la técnica se realizará a en las sesiones individuales.

Para finalizar se entregará el registro de asistencia para que los sujetos vayan firmando. También se les pedirá que cumplimenten el cuestionario de cambio percibido con relación a los ejercicios de exposición en imaginación y in vivo y el cuestionario de opinión personal, en el que se pregunta qué es lo que más le ha gustado de estas últimas sesiones, qué es lo que menos, qué cambiaría, qué añadiría y qué les ha sido de mayor utilidad. Se pedirá si algún voluntario quiere exponer su opinión al resto del grupo.

Sesión 12

Módulo	Técnicas	Material
12 Despedida del pasado y comienzo del futuro	Ritual terapéutico Arteterapia	Registro de asistencia Materiales para ritual terapéutico y arteterapia. Agenda Cuestionario de cambio percibido Cuestionario de opinión personal

Objetivo:
Dejar atrás los recuerdos del suceso traumático
Empezar a ver el futuro desde una perspectiva optimista

Descripción de las actividades:

1. Revisión tareas para casa

Se comenta qué dificultad hubo para realizar las tareas asignadas. Cada participante pone en común con el resto una de las situaciones cumplimentadas en el autorregistro de

exposición en imaginación y in vivo se comenta entre todos los miembros. Se revisan los autorregistros de relajación y se recuerda que se debe continuar practicando estos ejercicios en casa. Se entrega un autorregistro para poder anotar el número de veces que se ha practicado y el nivel de relajación conseguido.

Se finaliza felicitando por haber cumplido con las tareas asignadas.

2. Ritual terapéutico

Consiste en la realización de un ritual de despedida del evento traumático, un acto simbólico mediante el cual se expresa el fin de este acontecimiento para dejarlo atrás en el pasado y el comienzo de una nueva etapa. El terapeuta repartirá entre los participantes el listado de pensamientos postraumáticos que cumplimentaron en una sesión anterior, pedirá a cada uno que lo lea y les preguntará si desean añadir alguno más. Se les entregará otra hoja en la que tendrán que relatar de nuevo el acontecimiento traumático o si lo prefieren, plasmarlo en un dibujo o realizar una escultura, para lo que se emplearán materiales tales como arcilla, pinturas, hilos, telas y cartulinas. También se podrá volver a utilizar el listado de los pensamientos positivos trabajados en la sesión individual de EMDR y también se les dará una hoja en la que anoten los planes que tengan para un futuro, estableciendo objetivos a corto plazo para alcanzarlos. Una vez que cada sujeto haya leído en voz alta el listado de pensamientos relacionados con el trauma así como el relato del suceso, irán rompiendo ambos documentos a pedazos para depositarlos en una caja. A continuación, se pedirá a cada uno que lea en voz alta tanto el listado de pensamientos positivos como el de los planes para el futuro, al finalizar el resto del grupo aplaudirá a su compañero. Se irán repartiendo un bloc de post-it, en el que escribirán el pensamiento positivo que hayan elegido de su lista para colocarlo en un panel, que posteriormente leerá el terapeuta. Además, se repartirán unas agendas para que transcriban los planes de futuro y los objetivos a corto plazo, para establecer un compromiso de cumplimiento. Junto con lo anterior, se les pedirá que cada semana elijan un pensamiento positivo de la lista que escribirán en un post it y colocarán en un lugar visible de su casa. Se les pedirá que para la próxima sesión traigan las agendas cumplimentadas con las fechas establecidas para cada objetivo a alcanzar.

Para finalizar, se entregará el registro de asistencia para que los sujetos vayan firmando. También se les pedirá que cumplimenten el cuestionario de cambio percibido con relación a los rituales terapéuticos y arteterapia, así como el cuestionario de opinión personal, en el que se pregunta qué es lo que más le ha gustado de estas últimas sesiones, qué es lo que menos, qué cambiaría, qué añadiría y qué les ha sido de mayor utilidad. Se pedirá si algún voluntario quiere exponer su opinión al resto del grupo.

Sesión 13

Módulo	Técnicas	Material
13 Cierre	Revisión de tareas para casa Prevención de recaídas Evaluación Postratamiento	Registro de asistencia Psicoeducación. Técnicas de afrontamiento Cuestionario de opinión personal Cuestionario de cambio percibido “Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento”
Objetivo: Consolidar el aprendizaje adquirido y su aplicación en situaciones futuras Evaluar a los asistentes una vez finalizado el programa.		

Descripción de las actividades:

1. Revisión tareas para casa

Cada participante pone en común con el resto, uno de los planes a cumplir junto con la programación de objetivos parciales y se pone en común los autorregistros de relajación.

Se finaliza felicitando por haber cumplido con las tareas asignadas.

2. Prevención de recaídas

El terapeuta realizará un breve repaso de todos los elementos impartidos en el programa y preguntará las dificultades o dudas que puedan tener los participantes. Además se expondrán posibles situaciones futuras que puedan resultar problemáticas y las pautas a seguir para poder afrontarlas de forma adecuada

3. Evaluación postratamiento

Para finalizar se entregará el registro de asistencia para que los sujetos vayan firmando . También se les pedirá que cumplimenten el cuestionario de cambio percibido en términos generales respecto al inicio y la finalización del programa, “Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento” (Larsen, Attkinson, Hargreaves, y Nguyen, 1979) y el cuestionario de opinión personal, en el que se pregunta qué es lo que más le ha gustado del programa, qué es lo que menos, qué cambiaría, qué añadiría y qué les ha sido de mayor utilidad. Se pedirá si algún voluntario quiere exponer su opinión al resto del grupo

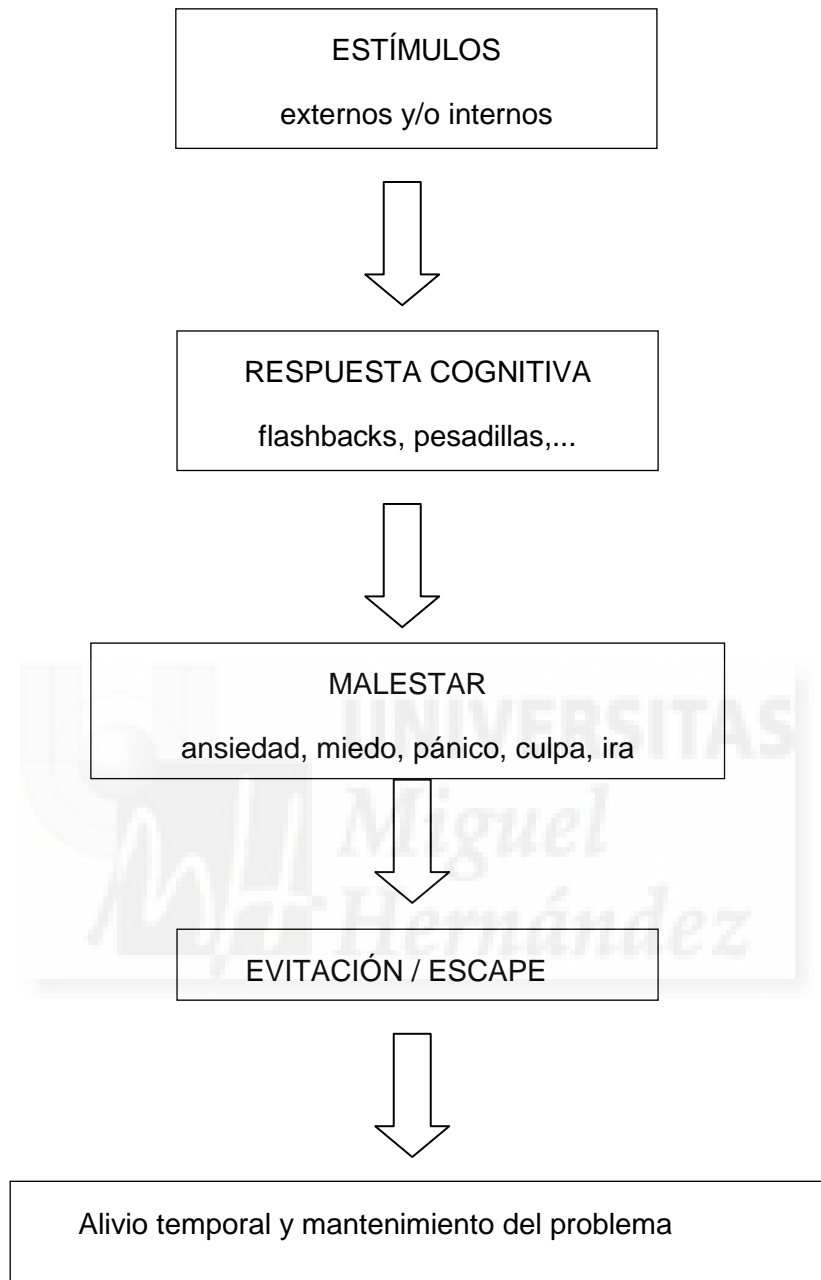
Anexo G. Registro de asistencia

Fecha:

Sesión número:

Nombre	Apellidos	DNI	Firma

Anexo H. Modelo explicativo del mantenimiento del TEPT



Anexo I. Pautas de higiene del sueño

PAUTAS DE HIGIENE DEL SUEÑO

NORMALIZACIÓN DEL SUEÑO

Mantener horarios de sueño similares todos los días (acostarse y levantarse a la misma hora). Intentar acostarse con los primeros signos de de somnolencia.

No dormir siesta.

No trasnochar.

No aplazar más de una hora la hora de levantarse durante los fines de semana.

ALIMENTACIÓN ADECUADA

Evitar bebidas estimulantes (Café, té, alcohol etc) durante las horas previas a irse a dormir, sustituir por leche caliente con miel.

Tomar una cena ligera, al menos dos horas antes de irse a dormir. Evitar además la ingesta de demasiados líquidos.

ACONDICIONAMIENTO DE LA HABITACIÓN

Mantener la habitación con una temperatura agradable, evitar el exceso de ropa de cama.

Dormir a oscuras y sin aparatos electrónicos cerca.

CONDUCTAS FACILITADORAS DEL SUEÑO

Practicar deporte de forma moderada o caminar al menos tres horas antes de irse a la cama.

Evitar situaciones que le activen o impliquen emocionalmente (por ejemplo discusiones con la pareja)

Evitar acciones o actividades que requieran mucha activación o concentración

Ducharse o bañarse con agua caliente, escuchar música relajante o una lectura agradable, antes de acostarse.

Irse a la cama únicamente cuando existan signos de somnolencia para asociar la cama con la conducta de dormir.

Cuando se despierte no intente forzar el sueño sino al contrario, póngase como objetivo el mantenerse despierto para reducir la activación por conciliar el sueño y obtener el resultado contrario.

Si permanece veinte minutos sin poder dormir, levantarse de la cama e ir a otro lugar de la

casa para dejar de asociar la cama con el insomnio. Entonces realizaremos una una actividad que nos relaje para volver de nuevo a la cama ante los primeros signos de somnolencia.

Realizar las mismas rutinas antes de ir a la cama (leer, ducharse, escuchar música relajante etc)



Anexo J. Autorregistro de patrón del sueño

Fecha	Hora irse a dormir	Hora de levantarse	Número de despertares nocturnos	Horas totales de sueño	Calidad del sueño (0-10)

Anexo K. Autorregistro de pesadillas

Fecha	Horas sueño	Pesadilla	Sensaciones corporales	Pensamientos	Emoción

Anexo L. Contrato de confidencialidad

Por la presente D/Dña. con D.N.I:

se presta voluntariamente su consentimiento a mantener la confidencialidad y no difusión de los datos personales de los participantes y contenidos compartidos en las sesiones grupales, de forma que no se favorezca su identificación y que su participación quede en el anonimato.

Junto a lo anterior, se incluye todo lo referente a los contenidos y materiales que configuran las sesiones del programa de intervención



Lugar

Fecha/...../.....

Firma del Paciente

TÉCNICAS DE DESACTIVACIÓN: RELAJACIÓN -RESPIRACIÓN

La relajación es un estado fisiológico contrario a la ansiedad y a otros estados emocionales negativos. Una persona no puede estar a la vez ansiosa y enfadada a la vez. Es por ello que es recomendable fomentar este estado de relajación, durante el cual se producen una serie de cambios en el organismo : descenso del ritmo cardíaco y la presión arterial descienden, aumento de la temperatura corporal, reducción del nivel de tensión de los músculos, elentecimiento de la respiración por lo que todas las funciones fisiológicas se desaceleran.

Es por lo anterior que la relajación puede ser un gran instrumento para afrontar estados de ansiedad y tensión. Sin embargo, sólo será útil si se usa como una manera de controlar y manejar la ansiedad en el momento de en que la experimentamos, es decir emplearla como un instrumento de afrontamiento.

RELAJACIÓN MUSCULAR PROFUNDA

La relajación muscular profunda se basa en el hecho de que como una gran parte de nuestro cuerpo está formado por músculos, si logramos eliminar la tensión de los músculos conseguiremos lograr que nuestro cuerpo esté relajado y también nuestro Sistema Nervioso Autónomo.

El método consiste en aprender a diferenciar las sensaciones de tensión y de relajación que experimentan nuestros músculos. Para ello se divide el cuerpo en grupos musculares independientes, que por orden se van tensionado y después relajando. En este momento hay que centrar toda la atención sobre las sensaciones que siente al tensar y destensar esa zona, sobre todo cuando la relaja. Esto también nos ayudará a poder identificar en un momento dado si alguno de nuestros músculos está tenso, de forma que sabremos cómo relajarlo de inmediato.

Para conseguir que la relajación sea más rápida, el entrenamiento se planifica en varias etapas cada vez más cortas. Nosotros veremos únicamente dos de ellas: 16 grupos musculares y 8 grupos musculares.

La práctica de la relajación debe hacerse en unas condiciones adecuadas: una habitación tranquila, sofá cómodo, luz tenue, disponer de tiempo etc

La mejor postura para practicar relajación es sentado en un sillón, con la espalda y la cabeza apoyadas, las piernas extendidas sobre una banqueta, y los brazos sosteniéndose sobre los reposabrazos. Sin embargo también se puede realizar tumbado. Es recomendable mantener los ojos cerrados ya que facilitará que nos concentremos en las sensaciones de tensión y distensión.

Antes de comenzar con los ejercicios de relajación se realizarán 5-7 respiraciones diafragmáticas.

Los tiempos aproximados para cada serie son: tensión 6-7 segundos, relajación 20 segundos.

Es muy probable las primeras veces que practiques estos ejercicios no notes un gran nivel de relajación, esto es corriente ya que es una técnica que requiere de entrenamiento, de forma que cuánto más la practiques mayor será el grado de relajación obtenido.

Para controlar los progresos en la práctica de la relajación, es recomendable utilizar un autorregistro del entrenamiento en relajación.

RELAJACIÓN 16 GRUPOS MUSCULARES

Antes de empezar los ejercicios, realizar de 5-7 respiraciones diafragmáticas.

1º Grupo: MANOS Y ANTEBRAZOS. Aprieta a la vez los dos puños. Nota la tensión en tus antebrazos y manos. Céntrate en esas sensaciones de tensión. Suelta las manos muy lentamente y céntrate en las sensaciones que invaden tus manos y antebrazos de distensión y lo diferentes que son a cuando tenías los puños cerrados.

2º Grupo: BICEPS. Lleva las manos a los hombros y aprieta con fuerza los bíceps contra los antebrazos. Localiza las sensaciones de tensión y centra tu atención en ellas. Suelta los bíceps lentamente hasta que vuelvan a su posición inicial y nota la diferencia en las sensaciones que estás experimentando ahora con respecto a las anteriores.

3º Grupo: TRÍCEPS. Estira ambos brazos hacia el frente de forma que queden paralelos con respecto al suelo, tensa los tríceps (parte posterior de los brazos). Nota las sensaciones de tensión. Ahora ve soltándolos lentamente, dejándolos caer hasta que alcancen la posición inicial. Analiza la diferencia entre las sensaciones de tensión y distensión.

4º Grupo: HOMBROS- TRAPECIO. Sube los hombros hacia arriba como si quisieras tocarte con ellos las orejas. Mantén la tensión centra tu atención en lo que sientes. Suelta los hombros lentamente, déjalos caer hasta que alcancen la posición inicial y nota la diferencia con las sensaciones anteriores.

5º Grupo: CUELLO I. Inclina la cabeza hacia delante como si quisieras tocar con la barbilla el pecho. Hazlo poco a poco y centra tu atención en la tensión que estás experimentando en la parte de atrás del cuello. Vuelve muy lentamente a la posición inicial y percibe ahora las sensaciones que notas en la parte posterior del cuello.

6º Grupo: CUELLO II. Empuja con la parte posterior de la cabeza (no con la nuca) el sillón y siente la sensación de tensión en la parte frontal del cuello, centra la atención en

ella. Ahora vuelve lentamente a la posición de inicio y percibe la diferencia con las sensaciones de distensión que estás experimentando.

7º Grupo: FRENTE. Sube las cejas hacia arriba hasta formar arrugas en la frente. Nota la tensión en esta parte de la cara, baja lentamente tus cejas y nota la sensación tan diferente que notas ahora en tu frente.

8º Grupo: OJOS. Aprieta fuerte los ojos hasta formar arrugas en los párpados. Nota la incomodidad y la tensión que hay en esa zona, suelta los párpados lentamente hasta volver a la posición inicial. Centra tu atención sobre las sensaciones de distensión.

9º Grupo: LABIOS Y MEJILLAS. Haz una sonrisa forzada manteniendo la boca cerrada, percibe los puntos de tensión que se han creado y centra tu atención en ellos. Ve soltando poco a poco los labios hasta volver a la posición inicial y nota la diferencia con las sensaciones anteriores

10º Grupo: MANDÍBULA. Empieza a abrir la boca muy lentamente hasta donde puedas, mantenla en esta posición, mientras tomas consciencia de la sensación de tensión. Empieza a cerrar lentamente la boca hasta volver a la posición inicial pudiendo quedar los labios ligeramente entreabiertos o cerrados. Centra tu atención en las sensaciones tan distintas que estás experimetando.

11º Grupo: PECHO- ESPALDA. Arquea el torso muy lentamente hacia el frente de manera que tu pecho salga hacia delante y tus hombros y codos hacia atrás. Mantén esta postura mientras percibes las sensaciones de tensión en pecho y espalda. Vuelve muy lentamente a la posición inicial dejando que tu espalda se apoye completamente sobre el sillón. Ahora percibe la diferencia entre las sensaciones de tensión y relajación en esta parte del cuerpo.

12º Grupo: ABDOMINALES I. Introduce lentamente la zona del estómago hacia adentro. Percibe la sensación de tensión, entonces ve soltando lentamente los músculos hasta que vuelvan a la posición inicial. Percibe la diferencia entre las sensaciones de antes y las de ahora.

13º Grupo: ABDOMINALES II. Saca la zona del estómago hacia fuera hasta lo máximo que puedas notando la tensión, mientras percibes los puntos de tensión y te centras en ellos. Vuelve a soltar los músculos lentamente y percibe los cambios que se han producido.

14º Grupo: MUSLOS. Contrae ambos muslos a la vez, mientras tomas conciencia de las sensaciones de tensión. Empieza a soltar los músculos de forma que vuelvan a la posición inicial, entonces nota la diferencia con las sensaciones que estás sintiendo ahora.

15º Grupo: GEMELOS. Apunta los pies hacia la cabeza notando la tensión en tus gemelos, centra tu atención en las sensaciones de tensión y comienza a bajar los pies lentamente hasta volver a la posición inicial. Toma conciencia de las diferencias entre las sensaciones de tensión y distensión.

16º Grupo: PIES. Coloca tus pies hacia abajo intentando formar una línea recta con tus piernas. Localiza la tensión experimentada en pies y gemelos. Comienza a soltar lentamente los pies hasta volver a la posición inicial. Ahora, toma conciencia de las diferencias que percibes.

1. DURACIÓN APROXIMADA: 20 minutos
2. PRÁCTICA RECOMENDADA: 2 veces diarias durante una o dos semanas.

RELAJACIÓN 8 GRUPOS MUSCULARES

Antes de empezar los ejercicios, realizar de 5-7 respiraciones diafragmáticas.

1º Grupo: BRAZO DERECHO. Cierra el puño derecho mientras aprietas el antebrazo, entonces dobla ligeramente el brazo para tensar tanto el tríceps como el bí.ceps. Nota las sensaciones de tensión a lo largo de todo el brazo. Empieza a soltar el brazo muy lentamente hasta volver a la posición inicial. Percibe las sensaciones tan diferentes que te transmiten los músculos de tu brazo.

2º Grupo: BRAZO IZQUIERDO. Ídem.

3º Grupo: CARA: Cierra los ojos con energía, abre la boca ligeramente y haz una sonrisa forzada al mismo tiempo. Nota la tensión en toda la cara. Suelta y fíjate en la diferencia. Analiza lo que estás sintiendo en tu rostro y cuán diferente es a la tensión.

4º Grupo: CUELLO: Inclina la cabeza hacia delante como si quisieras tocar con la barbilla el pecho. Hazlo lentamente. Nota tensión en la parte de atrás del cuello. Nota la tensión. Vuelve lentamente a la posición de reposo. Céntrate en los cambios que estás notando en el cuello.

5º Grupo: ESPALDA Y HOMBROS: Arquea el torso lentamente de manera que tu pecho salga hacia delante y tus hombros y codos hacia atrás. Mantén esta postura notando la tensión en pecho, espalda y hombros. Vuelve muy lentamente a la posición original destensando. Deja que tu espalda descanse completamente en el sofá. Nota la diferencia.

6º Grupo: ABDOMINALES Saca la zona del estómago hacia fuera hasta lo máximo que puedas notando la tensión, mientras percibes los puntos de tensión y te centras en ellos. Vuelve a soltar los músculos lentamente y percibe los cambios que se han producido.

7º Grupo: PIERNA DERECHA. Levanta ligeramente la pierna derecha mientras contraes los músculos del muslo y dirige la punta del pie hacia tu cabeza, notando la tensión

tanto en tu muslo como en el gemelo. Centra tu atención sobre las sensaciones de tensión. Comienza a soltar lentamente los músculos del muslo y a volver tu pie a la posición inicial. Presta atención a la diferencia en las sensaciones que estás experimentando ahora.

8º Grupo: PIERNA IZQUIERDA: ídem.

DURACIÓN APROXIMADA: 8 - 10 MINUTOS

PRÁCTICA RECOMENDADA: Dos veces diarias durante una semana.



Autorregistro de entrenamiento en relajación

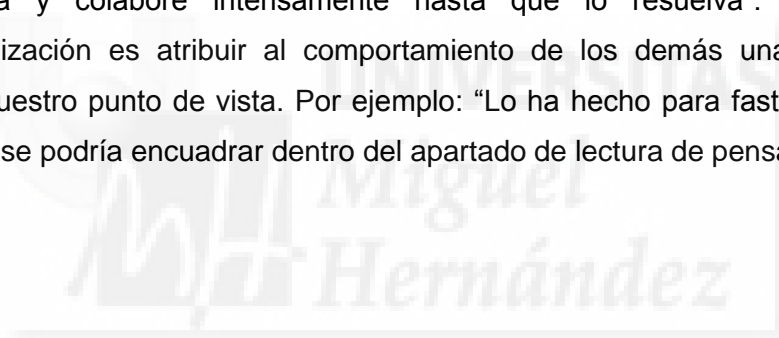
Día	Hora	Nivel de relajación antes (0-10)	Duración	Nivel de relajación después (1-10)

Anexo N. Listado de tipos de distorsiones cognitivas y pensamientos irracionales

DISTORSIONES COGNITIVAS

1. Pensamiento todo o nada (también llamado dicotómico o polarizado): Se trata de ser extremista, ver las cosas de color blanco o negro sin ser conscientes de las categorías intermedias. Si algo no es perfecto, está mal. Por ejemplo: Soy pianista, cometo un pequeño error en un concierto y pienso “estoy tocando fatal”
2. Generalización excesiva: Ser derrotista, por un solo hecho negativo que ocurre, pensar que siempre saldrá todo igual de mal. Se utilizan palabras como “siempre”, “nunca”. Por ejemplo: Me despiden del trabajo y pienso “nunca voy a encontrar otro empleo”
3. Filtro mental o abstracción selectiva: Un aspecto negativo nubla el resto, es como una gota de tinta que tiñe toda el agua. Por ejemplo: He llegado tarde a una reunión y ya pienso “ya no he estropeado todo”
4. Descalificación de lo positivo: Ver nuestros comportamientos positivos como “lo normal”, pensar que las cosas buenas no hay que tenerlas en cuenta. Mantener una creencia negativa que se contradice con las experiencias diarias. Por ejemplo: Mi profesora me ha felicitado por mi trabajo y pienso “no la he hecho para animarme, no porque esté bien”
5. Conclusión precipitada o inferencia arbitraria: Interpretar la realidad de forma negativa sin que hayan datos objetivos que lo demuestren. Hay dos tipos:
 - a) Lectura del pensamiento p pensar mal: Suponer lo que otros piensan de mí, sin tener pruebas. Por ejemplo: “Ha pasado por mi lado y no me ha saludado, ha querido ignorarme”
 - b) Anticipación negativa o error del adivino: Esperar que las cosas salgan mal sin tener pruebas suficientes. Transformar una posibilidad en un hecho cierto y actuar en consecuencia. Por ejemplo: “No voy a organizar la fiesta porque todos se aburrirán”
6. Magnificación (catástrofe) o minimización: Exagerar la importancia de las situaciones o reducirlas hasta que resulten imperceptibles. Por ejemplo: Minimizar mis cualidades y exagerar mis imperfecciones.
7. Razonamiento emocional: Suponer que tus emociones negativas reflejan la realidad. Por ejemplo: “Me siento incompetente, por lo tanto soy un inútil”

8. Los deberías o imperativos: Utilizar exigencias absolutistas y rígidas como si fueran dogmas sobre uno mismo: “debo de”, “tengo que”; acerca de los demás: “deben de” o “tienen que”; o acerca de la vida: “la vida no debería ser así”. Cuando dirigimos los deberías hacia uno mismo, la consecuencia emocional es la culpa, cuando es hacia los demás, generan ira y resentimiento y cuando es hacia la vida, provocan baja tolerancia a la frustración. Por ejemplo: “Tengo que aprobar este examen como sea”, “mi pareja debe apoyarme en todo si me quiere”
9. Etiquetación: Hacer una evaluación global del ser humano en base a algunos aspectos negativos. Se trata de una generalización excesiva aplicada al comportamiento humano. No describe comportamiento concretos sino evaluaciones globales. Por ejemplo: “Soy torpe”, “eres un desastre”
10. Personalización: Atribuirse toda la responsabilidad de los sucesos que tienen consecuencias negativas para los demás, lo que genera sentimientos de culpa. Por ejemplo: “Si somos una familia unida, es lógico que sufra mucho si alguien tiene un problema y colabore intensamente hasta que lo resuelva”. Otra forma de personalización es atribuir al comportamiento de los demás una intencionalidad desde nuestro punto de vista. Por ejemplo: “Lo ha hecho para fastidiarme”, aunque también se podría encuadrar dentro del apartado de lectura de pensamiento.



EJERCICIO DE IDENTIFICACIÓN DE DISTORSIONES COGNITIVAS

Identifica cada frase con la distorsión con la que se corresponde

1	Soy un vago	A	Pensamiento todo o nada
2	Siempre te equivocas	B	Personalización
3	Hago las cosas bien o no las hago	C	Generalización
4	La discusión con mi hijo me amargó el día	D	Error del adivino
5	Si María tiene problemas es porque yo no le he ayudado lo suficiente	E	Magnificación o castástrofe
6	Si me quedo solo/a con ellos no sabré de qué hablar	F	Descalificación de lo positivo
7	Van a pensar que siempre estoy enfermo	G	Etiquetación
8	Debería ser menos torpe	H	Lectura del pensamiento
9	Es tremendo que no me lo hayas dicho	I	Filtro mental
10	Si lo has hecho bien ha sido de casualidad	J	Deber
11	Me siento triste, la vida no tiene sentido	K	Razonamiento emocional

Solución: 1-G, 2-C, 3-A, 4-I, 5-B, 6-D, 7-H, 8-J, 9-E, 10-F, 11-K

PENSAMIENTOS IRRACIONALES

A continuación te presentamos ideas irracionales más frecuentes para que indiques en una escala de 0 a 10 lo presentes que están en tu vida diaria.

1. Necesito ser amado/a y aceptado/a por las personas significativas de mi entorno
2. Para considerarme valioso/a tengo que ser muy competente y conseguir mis objetivos en todos los aspectos posibles.
3. Hay personas que son inmorales y perversas y deben ser acusadas y castigadas por sus defectos y malas acciones.
4. Es tremendo y catastrófico que las cosas no salgan como uno quiere.
5. La desgracia humana se origina por causas externas y no tenemos capacidad para controlar los trastornos que nos produce.
6. Si algo es o puede ser peligroso o amenazante, debo sentirme muy inquieto/a y preocuparme constantemente por la posibilidad de que ocurra lo peor.
7. Es más fácil rehuir las dificultades y responsabilidades de la vida que afrontarlas. La vida tiene que ser fácil.
8. Dependemos de los demás, por tanto necesito tener a alguien más fuerte que yo en quien poder confiar y de quien depender.
9. El pasado me determina. Algo que me ocurrió una vez y me conmocionó debe seguir afectándome indefinidamente.
10. Debo preocuparme constantemente por los problemas de los demás.
11. Existe una solución perfecta para los problemas humanos y es catastrófico si no se encuentra.

Ejercicio de identificación de ideas irracionales

Identificar cada pensamiento con la idea irracional con la que se corresponde:

1. Nada de lo que hago me sale bien y por tanto soy un incompetente que no vale para nada.
2. No puedo cambiar, siempre me ha pasado lo mismo y lo mismo me pasará en el futuro.
3. Tengo que conseguir salvarlo/a, es mi obligación.
4. Sin mi marido no puedo hacer nada.
5. Es malo y debe tener su merecido.
6. Seguro que le ha pasado algo. Hasta que no llegue a casa no puedo estar tranquilo/a.
7. Éste es mi destino y no puedo hacer nada para cambiar las cosas.
8. Será mejor no pensar en el problema, ya lo resolveré otro día.
9. No soporto que mis amigos no me llamen y no me tengan en cuenta.
10. Seguro que si hubiese elegido la otra opción hubiese sido mucho mejor.
11. Si le digo que no a su petición, me rechazará.
12. Es horrible que se comporte de esa manera.

(Solución: 1-II2, 2-II9, 3-II10, 4-II8, 5-II3, 6-II6, 7-II5, 8-II7, 9-II1, 10-II11, 11-II1, 12-II4)

(Berisco, Plans, Sánchez-Guerra y Sánchez, 2009)

¿CÓMO PUEDO DETECTAR Y MODIFICAR MIS IDEAS Y PENSAMIENTOS POCO RAZONABLES?

1-DEBATE DE PENSAMIENTOS O REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Puedo aprender a debatir mis pensamientos e ideas poco razonables

EJEMPLO

Pensamiento:

“Qué horror, se están dando cuenta de lo nerviosa que estoy cuando entro en una sala con gente desconocida”, ansiedad de 8.

¿Por qué es importante para mí? ¿Qué significa para mí?

“Si parezco nerviosa la gente pensará que soy rara”

“Se darán cuenta y me rechazarán”

“Es horrible ser tan ansiosa”

“Tengo que estar pendiente de controlar mis nervios”

“Soy rara”

“Soy diferente a los demás”

Grado de creencia antes del debate (0-100%): 85%

Proceso de debate:

Distorsiones cognitivas: Etiquetación (“soy rara, soy ansiosa”), lectura del pensamiento (“la gente pensará que soy rara”), error del adivino (“me rechazarán”), magnificación (“es horrible ser tan ansiosa”), debería (“yo no debería ser así”).

Ideas irracionales: nº1 (necesito ser aceptada, “me rechazarán”), nº4 (es tremendo que..” es horrible ser tan ansiosa”, nº6 (si algo puede ser amenazante...”tengo que estar pendiente de controlar mis nervios”)

Validez de este pensamiento (Hechos a favor de este pensamiento)

“Mis amigos a veces me han dicho que estoy nerviosa”

Hechos en contra de estos pensamientos

“En realidad no sé las conclusiones que puede sacar la gente acerca de mí”

“El que yo esté tan pendiente de los demás no quiere decir que todo el mundo haga lo mismo”

“El que esté nerviosa no significa que los demás saquen otras conclusiones negativas de mí”

Grado de creencia después del debate (0-100%): 15%

Consecuencias de mantener este pensamiento

Ventajas de pensar así

“Me hace actuar bien y eficazmente”

Inconvenientes de pensar así

Inmediatas: Me produce ansiedad, no disfruto de las relaciones sociales, tengo la sensación de que los demás me están siempre juzgando. Me analizo constantemente si he actuado bien o mal, lo paso mal en las relaciones, pierdo oportunidades, me siento mal.

A largo plazo: Tiendo a evitar los compromisos sociales, me siento cada vez peor conmigo misma, me evalúo negativamente, me baja la autoestima.

Consecuencias de cambiar este pensamiento

Ventajas

Inmediatas: No tendría tanta ansiedad, disfrutaría estando con gente, no daría tantas vueltas a la cabeza sobre lo que he dicho o hecho y cómo lo he dicho. Estaría más contenta. Tendría ganas de hacer más cosas. Me sentiría mejor conmigo misma.

A largo plazo: Perdería el miedo a la evaluación, no evitaría a la gente, me plantearía retos personales, perdería el miedo a la ansiedad y aprendería a tolerarla. Mejoraría mi autoestima

Inconvenientes:

Ninguno

Pensamiento alternativo y grado de creencia de 0 a 100

Es normal estar ansiosa en esta situación. La ansiedad es molesta pero puedo tolerarla. Las personas pueden percibir que estoy nerviosa pero no quiere decir que saquen conclusiones negativas de mí. Mi propio miedo me hace creer que los demás están pendientes de mí. Si permanezco en la situación y me digo frases tranquilizadoras, poco a poco me irá disminuyendo la ansiedad.

Este pensamiento me lo creo en un 70%

¿Cómo me siento ahora?

Poco a poco me va disminuyendo la ansiedad y la sensación de miedo

¿Qué puedo hacer entonces?

Me doy la oportunidad de afrontar la situación y aprender de ella.

2-AUTOINSTRUCCIONES

Puedo aprender a decirme otros mensajes alternativos para guiar nuestro diálogo interno y cambiar las emociones perjudiciales.

Objetivo: Afrontar la emoción en situaciones que nos desencadenan emociones negativas.

Cuando la emoción empieza

Utilizamos la emoción como señal.

Mi objetivo es afrontar la emoción negativa

Antes y durante el afrontamiento

Ponemos en marcha nuestro plan de control que consiste en guiarnos mediante comentarios positivos, que hemos preparado con anterioridad para decirnos antes y durante el afrontamiento de la situación. Para ello podemos utilizar tarjetas en dónde previamente hayamos escrito estos comentarios, facilitando así su recuerdo, en caso de que lo necesitemos.

Antes

“No hay motivo para preocuparse”

“Puedo relajarme”

“Ya lo resolví con éxito en otra ocasión”

“Los pensamientos negativos no me ayudan nada”

Durante

“Voy a mantener el control”

“Puedo hacerlo, de hecho lo estoy haciendo”

“Si no pienso en el miedo, no lo tendré”

“Si estoy tenso, respiraré profundamente y me relajaré”

“Si cometo errores es normal, puedo corregirlos”

“Me concentraré en la tarea”

“Puedo mantener la tensión dentro de límites manejables”

“He sobrevivido a esto y a otras cosas peores anteriormente”

Después de haber afrontado la situación

Nos elogiamos por habernos enfrentado a la situación

Después

“Lo conseguí o por lo menos lo he intentado”

“La próxima vez no tendré que preocuparme tanto”

“Puedo disminuir la ansiedad relajándome”

“ Tengo que decirle a lo bien que lo he hecho”

“Me he dado la oportunidad de aprender, me haya salido como me haya salido y eso es lo importante”

3-PARADA DE PENSAMIENTO

Objetivo

Interrumpir el autodiálogo interno negativo que está generando emociones desagradables y poco adaptativas

Cómo hacerlo

Utilizar las emociones negativas como señal de aviso de que estoy pensando negativamente y decir *“BASTA”*, *“STOP”* o cualquier otra cosa que interrumpa esos pensamientos

Ejemplo

Situación antecedente

He tenido un contratiempo financiero

Emoción negativa que experimento

Tristeza

Identifico en mi mente un autodiálogo interno negativo

Es horrible vivir así, esta vida no tiene sentido, siempre ocurre lo mismo

Utilizo la señal de que estoy triste para interrumpir este autodiálogo interno negativo y me digo *“BASTA”*

4-TÉCNICAS DISTRACTORAS

Objetivo

No centrar la atención en los pensamientos e ideas irracionales, ocupando la mente en otra cosa.

Cómo hacerlo

Decidir no prestar atención a los pensamientos que nos producen emociones negativas.

Centrar la atención en cosas alternativas: lo que ocurre a nuestro alrededor, una escena o recuerdo agradable, tatarrear una canción, contar de 100 hacia atrás de tres en tres etc.

Ejemplo

Situación antecedente

Aún no ha venido mi hija y tenía que haber llegado hace un rato.

Pensamiento

“Seguro que le ha pasado algo”

Dedico que no me voy a preocupar por ello

“No voy a preocuparme, ya llegará”

Focalizo mi atención en cosas alternativas:

Leo un libro y me meto en la historia que está contando.

Me voy a hacer ejercicio físico.

Escucho música.

(Berisco, Plans, Sánchez-Guerra y Sánchez, 2009)

Anexo O. Autorregistro de pensamientos A-B-C-D

Fecha	Situación	Pensamiento	Emoción Reacciones físicas	Técnica de enfrentamiento	Pensamiento alternativo	Emoción Reacciones físicas

Anexo P. Listado de actividades agradables

Actividades individuales	Actividades grupales	Nivel de satisfacción (0-10)

Día	Hora	Actividad 1	Actividad 2	Actividad 3

Anexo Q. Autorregistro de exposición en imaginación

Recuerdo del evento traumático	Nivel de ansiedad (0-10)

Momento del día	Hora inicio	Hora finalización	Grado de ansiedad antes (0-10)	Grado de ansiedad después (0-10)

Anexo R. Autorregistro de exposición in vivo

Situación evitada	Nivel de ansiedad (0-10)

Situación evitada	Hora inicio	Hora finalización	Grado de ansiedad antes (0-10)	Grado de ansiedad después (0-10)	Estrategia de afrontamiento

Anexo S. Cuestionario de cambio percibido

Sesiones sobre: _____

1-¿Qué herramientas he aprendido?

2-¿En qué grado me siento capaz de emplearlas para contrarrestar el malestar emocional?
(de 0-10, 0: “*nada capaz*”, 10: “*absolutamente capaz*”)

3-¿Qué me ha resultado más útil?



4-¿Qué cambios más notables he notado tras la aplicación y práctica de estas técnicas?

5-¿Qué dificultades sigo encontrando?

Anexo T. Cuestionario de opinión personal

Sesión sobre:

1-¿Qué es lo que más te ha gustado de la sesión?

2-¿Qué es lo que menos te ha gustado de la sesión?

3-¿Qué cambiarías de la sesión?



4-¿Qué añadirías al contenido de la sesión?

5-¿Qué quitarías del contenido de la sesión?

6-¿Qué valoración global le darías a la sesión de 0 a 10?