



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2020/2021

Convocatoria Junio



Modalidad: Diseño de una propuesta de intervención

Título: Propuesta de intervención para un caso de trastorno de estrés postraumático causado por la pandemia de Covid-19

Autor: Jesús Ferrández Mas

Tutora: Ainhoa Coloma Carmona

Elche a 31 de Mayo de 2021

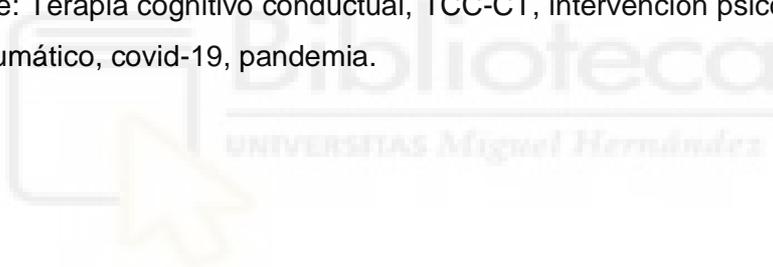
Índice

Resumen	3
Introducción	4
Método.....	7
<i>Participante</i>	7
<i>VARIABLES e instrumentos</i>	8
<i>Procedimiento</i>	9
Resultados.....	9
Propuesta de intervención	11
Discusión.....	21
Referencias bibliográficas.....	23
Figura 1. Resultados de la Escala Abreviada de Ansiedad, Depresión y Estrés (DASS-21)	10
Figura 2. Resultados de la subescala de estrategias adaptativas del Inventario breve de afrontamiento (COPE-28)	10
Figura 3. Resultados de la subescala de estrategias desadaptativas del Inventario breve de afrontamiento (COPE-28)	11
Tabla 1. Sesiones de tratamiento	12
Anexos.....	30
<i>Anexo 1. Experimento del camello</i>	30
<i>Anexo 2. Jerarquía de exposición en vivo y escala SUDS</i>	30

Resumen

La mayoría de las investigaciones realizadas para evaluar el impacto de la pandemia por Covid-19 en la salud mental coinciden en que existe un aumento en la prevalencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT). Los pacientes graves por la enfermedad de Covid-19 suelen enfrentarse a largos periodos en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Esta situación estresante supone un factor de riesgo añadido para el desarrollo de TEPT. En este trabajo se ha diseñado una propuesta de intervención psicológica para el caso de un paciente de 55 años que presenta un trastorno de estrés postraumático a partir del ingreso en UCI por la enfermedad de Covid-19. El tratamiento está basado en la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TCC-CT), dado que es una de las intervenciones psicológicas que cuenta con mayor apoyo empírico para el tratamiento del TEPT. La intervención está compuesta de 15 sesiones y tiene como objetivo procesar la experiencia traumática y reducir la sintomatología de estrés postraumático del paciente. Los componentes principales que incluye son la exposición en vivo a los recordatorios del trauma, la exposición en imaginación al suceso traumático, y el procesamiento del recuerdo traumático.

Palabras clave: Terapia cognitivo conductual, TCC-CT, intervención psicológica, trastorno de estrés postraumático, covid-19, pandemia.



El 11 de febrero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) designó como enfermedad por coronavirus 2019 (Covid-19) a una serie de casos atípicos de neumonía que tuvieron su origen durante el mes de diciembre de 2019 en la ciudad china de Wuhan. Poco después, el 11 de marzo de 2020, el brote fue declarado pandemia mundial por esta misma organización (Anand, Karade, Sen, y Gupta, 2020).

Las políticas de distanciamiento social empleadas para controlar la propagación del virus tienen un impacto relevante en la salud mental de las personas (Loades et al., 2020). Cavicchioli et al. (2021) llevaron a cabo una revisión sistemática en la que encontraron que hasta el 20% de las personas expuestas a medidas de contención para el control de infecciones víricas informaron de niveles clínicamente significativos de malestar psicológico. Las condiciones clínicas más frecuentes fueron el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la depresión, encontrando que hasta el 21% de las personas presentaba síntomas de TEPT y alrededor del 22% de síntomas depresivos. Asimismo, cabe señalar que se observaron resultados similares en los estudios retrospectivos y en aquellos realizados durante la pandemia. Existen diversas investigaciones que también señalan una fuerte correlación entre la pandemia y otras catástrofes naturales y los trastornos mentales como ansiedad, depresión y TEPT (Brooks et al., 2020; González-Sanguino et al., 2020; Kar y Bastia, 2006; Li, Fu, Fan, Zhu, y Li, 2021; Mak, Chu, Pan, Yiu, y Chan, 2009; Passavanti et al., 2021; Sprang y Silman, 2013; Wang et al., 2020; Wu, Chan, y Ma, 2005). Estos resultados coinciden con la revisión sistemática llevada a cabo por Xiong et al. (2020) para analizar el impacto de la pandemia en la salud mental, que sitúa la tasa de prevalencia del TEPT entre el 7% y el 53,8%.

Los principales factores de riesgo asociados a un mayor impacto psicológico durante la pandemia incluyen ser mujer, pertenecer al grupo de edad más joven, presencia de enfermedad crónica y ser estudiante (Cavicchioli et al., 2021; Passavanti et al., 2021; Wang et al., 2020; Xiong et al., 2020). En esta misma línea, González et al. (2020) encontraron que la presencia de síntomas de Covid-19 y tener algún familiar o allegado diagnosticado se relacionaba positivamente con una mayor sintomatología de TEPT.

En el contexto de la pandemia actual, una de las causas principales que podría desencadenar el TEPT es la experiencia cercana a la muerte, ya que las personas que sufren de forma grave la enfermedad de Covid-19 pueden presentar insuficiencia respiratoria (Xie et al., 2020). Por otro lado, se estima que alrededor del 25% de los pacientes hospitalizados por Covid-19 requieren un ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI; Ferguson et al., 2020). Estos hallazgos son de especial importancia, dado que el tratamiento con ventilación mecánica en pacientes con Covid-19 ingresados en UCI se asocia con un incremento significativo de la sintomatología postraumática. (Chamberlain, Grant, Trender, Hellyer, y

Hampshire, 2021). Diversos autores coinciden en que alrededor de una quinta parte de los supervivientes de la UCI presentan sintomatología clínicamente significativa de TEPT durante el primer año posterior al ingreso (Davydow, Gifford, Desai, Needham, y Bienvenu, 2008; Jackson et al., 2016).

En cuanto a los factores de protección, Phua et al. (2005) observaron durante la epidemia de SARS que los participantes que emplearon estrategias de afrontamiento centradas en el problema lograron reducir el impacto psicológico de la enfermedad en mayor medida que quienes utilizaron estrategias centradas en el desahogo emocional. En un estudio reciente se encontró que llevar a cabo estrategias de afrontamiento, como mantener una rutina diaria y realizar ejercicio físico, ayudaban a disminuir el impacto psicológico provocado por la pandemia (Parrado-González y León-Jariego, 2020).

Según el National Institute of Mental Health (2020), el trastorno de estrés postraumático (TEPT) puede aparecer tras experimentar un acontecimiento impactante, aterrador o peligroso. En ocasiones también se puede desencadenar al conocer que un familiar o amigo cercano ha sufrido el suceso traumático. Los síntomas que permiten el diagnóstico de TEPT deben incluir recuerdos intrusivos (flashbacks), evitación de lugares, objetos, pensamientos o sentimientos relacionados con el acontecimiento traumático, hipervigilancia y reactividad, y síntomas cognitivos y del estado de ánimo. Además, deben de tener una duración superior a un mes. Los criterios propuestos por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11; OMS, 2020) van en esta misma línea, por lo que aquellas experiencias traumáticas relacionadas con la pandemia y la enfermedad por Covid-19 podrían encajar en la definición de trauma que caracteriza el diagnóstico de TEPT.

Por el contrario, el DSM-5 (APA, 2014) propone que el trastorno de estrés postraumático surge tras la exposición directa a un acontecimiento traumático como la muerte o amenaza de muerte, lesiones graves o violación sexual. Los criterios diagnósticos que establece este manual atribuyen las reacciones de estrés postraumático a una exposición directa que tuvo lugar en el pasado y puso en peligro la vida de la persona, salvo en algunas excepciones, entre las que no se encuentran las catástrofes naturales o las enfermedades infecciosas.

Existen diversas investigaciones que contrastan con los criterios para el TEPT contemplados en el DSM-5. Así pues, en algunos estudios se ha observado que la exposición indirecta se asociaba a mayor estrés agudo (Holman, Garfin, y Silver, 2014) y mayor sintomatología de estrés postraumático (Li et al., 2020) que la exposición directa. En esta misma línea, Bridgland et al. (2021) proponen que la exposición indirecta a un trauma también puede provocar síntomas similares a los del TEPT. Por otro lado, diversos autores plantean que imaginar un trauma futuro puede provocar síntomas característicos de estrés

postraumático y unos niveles de angustia iguales o superiores que aquellos que ocurren al recordar un trauma pasado (Berntsen y Rubin, 2015; Goutaudier, Bertoli, Séjourné, y Chabrol, 2019; Rubin, 2014). Por último, numerosas investigaciones coinciden en que los síntomas de TEPT pueden surgir tras otros acontecimientos traumáticos que no suponen una amenaza inmediata para la vida o una lesión física (Cordova, Riba, y Spiegel, 2017; Galea, Tracy, Norris, y Coffey, 2008; Gold, Marx, Soler-Baillo, y Sloan, 2005).

De acuerdo con Bridgland et al. (2021), a pesar de que los sucesos más graves provocados por el Covid-19, como haber estado al borde de la muerte tras el contagio, no encajarían con los criterios del DSM-5, existen evidencias que sugieren que ciertos acontecimientos estresantes relacionados con el Covid-19 podrían ser capaces de provocar sintomatología de estrés postraumático. North, Surís y Pollio (2021) consideran que los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-5 para el TEPT no satisfacen la respuesta a las consecuencias de salud mental asociadas a la pandemia, por lo que se sugiere el diseño de investigaciones que permitan resolver estas incertidumbres relacionadas con el diagnóstico.

Las intervenciones psicológicas que han demostrado mayor eficacia para el tratamiento del TEPT están basadas en el enfoque cognitivo conductual (Báguena, 2003). Diversas investigaciones coinciden en que la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TCC-CT) y la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) son las que cuentan con mayor apoyo empírico para el tratamiento del TEPT, tanto en los resultados de efectividad post-tratamiento como en el seguimiento (Bisson, Roberts, Andrew, Cooper, y Lewis, 2013; Cusack et al., 2016; Mavranezouli et al., 2020; Ponniah y Hollon, 2009).

Las principales guías de práctica clínica también recomiendan la TCC-CT y la EMDR como intervenciones de primera línea para el tratamiento del TEPT (International Society for Traumatic Stress Studies, 2019; National Institute for Health and Care Excellence, 2018), excepto la Guía de Práctica Clínica de la APA, que hace una recomendación fuerte de la TCC-CT, la terapia de procesamiento cognitivo (TPC), la terapia cognitiva (TC) y la exposición prolongada (EP), pero sitúa a la EMDR en un segundo plano, recomendándola de forma condicional (APA, 2017).

Mavranezouli et al. (2020) encontraron que la TCC-CT es el tratamiento con mayor evidencia para la reducción y remisión de síntomas de estrés postraumático. Además, señalaron que el apoyo empírico con el que cuenta la EMDR es limitado en comparación con la TCC-CT. En otra revisión llevada a cabo por Gerger et al. (2014) también se observó una evidencia más sólida para las terapias cognitivo-conductuales y la exposición.

Teniendo en cuenta las investigaciones realizadas durante la pandemia de Covid-19, se puede afirmar que existe un aumento en la prevalencia del TEPT como consecuencia de la situación actual. Asimismo, se ha observado que los enfermos graves de Covid-19 suelen enfrentarse a largos periodos en la UCI, lo que supone un factor de riesgo añadido para el desarrollo de TEPT. Ante esta situación, se considera necesario el desarrollo de protocolos de intervención psicológica adaptados a pacientes que hayan desarrollado TEPT a raíz de la enfermedad por Covid-19, con el objetivo de poder proporcionar la atención psicológica adecuada a quienes lo requieran. Por ello, este trabajo tiene como finalidad el diseño de una propuesta de intervención cognitivo conductual para un caso de estrés postraumático provocado por la enfermedad grave de Covid-19.

Método

Participante

El sujeto es un varón de 55 años. Actualmente vive con su mujer y sus dos hijas. Tiene estudios superiores y trabaja como asesor financiero. Se ha reincorporado recientemente al trabajo tras una baja laboral de larga duración, como consecuencia de la enfermedad por Covid-19, que le mantuvo ingresado en el hospital durante dos meses, en los que tuvo una estancia en UCI de aproximadamente un mes.

El paciente refiere tener problemas para conciliar el sueño desde que recibió el alta hospitalaria, hace aproximadamente dos meses. A raíz de su ingreso en el hospital, afirma sentirse con tensión y alarmarse fácilmente con los sucesos cotidianos, especialmente con aquellos relacionados con la pandemia. Por otro lado, comenta sentirse culpable por haberse contagiado, puesto que está convencido de que ocurrió en una comida de trabajo, a la cual cree que no debería de haber asistido para evitar exponerse al virus. Además, afirma encontrarse decaído, con cambios de humor frecuentes y con dificultades para concentrarse. También comenta que no tiene motivación por actividades que antes le resultaban placenteras, como salir a pasear o montar en bicicleta. Asimismo, evita salir con su mujer o reunirse con amigos, y siente pánico ante la posibilidad de tener que volver a ir al hospital. Por último, comenta que tiene un miedo intenso a contagiarse de nuevo, y a menudo tiene pesadillas en las que se vuelve a contagiar o se encuentra en la UCI. Además, le suelen venir a la cabeza recuerdos relacionados con su estancia en el hospital y no puede librarse de ellos, llegando a sentir agitación, taquicardias y dificultades para respirar.

El paciente afirma que esta situación está interfiriendo en sus relaciones familiares y sociales, y le está afectando a su rendimiento laboral.

Variables e instrumentos

Además de las variables sociodemográficas, los datos clínicos y la información sobre el suceso traumático, recogidos a través de la entrevista *ad hoc* incluida en la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático (EGS-R; Echeburúa et al., 2016), se realizó una evaluación de las siguientes variables:

- *Sintomatología de estrés postraumático.* Se utilizó la Lista de Verificación del TEPT (PCL-5; Blevins, Weathers, Davis, Witte, y Domino, 2015). Este autoinforme evalúa los síntomas de TEPT en base a los criterios propuestos por el DSM-V (APA, 2013), que se relacionan con la reexperimentación, evitación, activación y alteraciones cognitivas. Contiene 20 ítems con respuesta tipo Likert, que va desde 0 (nada) hasta 4 (totalmente). La puntuación total oscila entre 0 y 80, y se obtiene sumando los valores obtenidos en cada ítem. Los autores proponen un punto de corte >33 para plantear un diagnóstico de TEPT. El alfa de Cronbach de este instrumento es de 0,94.

- *Miedo al Covid-19.* Se evaluó mediante la Escala de Miedo al Covid-19 (FCV-19S; Ahorsu et al., 2020; adaptación española de Piqueras et al., 2020). Está compuesta por 7 ítems con escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, que va desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 5 (muy de acuerdo). La puntuación total puede variar entre 7 y 35, y las puntuaciones más altas indican mayor miedo al Covid-19. El alfa de Cronbach de este instrumento es de 0,86.

- *Ansiedad, Depresión y Estrés.* Se utilizó la Escala Abreviada de Ansiedad, Depresión y Estrés (DASS-21; Antony, Bieling, Cox, Enns, y Swinson, 1998; adaptación española de Ruiz, García, Falcón y González, 2017). Contiene 21 ítems con escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos, donde 0 es “no me ha ocurrido”, 1 “me ha ocurrido poco”, 2 “me ha ocurrido bastante”, y 3 “me ha ocurrido mucho”. Esta escala incluye los factores Depresión, Ansiedad y Estrés, compuestos cada uno por 7 ítems. La puntuación total de cada subescala se calcula sumando los valores obtenidos en cada ítem, por lo que se sitúa entre 0 y 21. Las puntuaciones más altas indican un mayor grado de sintomatología. El alfa de Cronbach para la escala total oscila entre 0,92 y 0,95, mientras que para las subescalas está entre 0,86 y 0,92 para la Depresión, entre 0,80 y 0,87 para la Ansiedad, y entre 0,80 y 0,86 para el Estrés.

- *Habilidades de afrontamiento.* Se evaluaron mediante el Inventario breve de afrontamiento (COPE-28; Carver, 1997; adaptación española de Morán, Landero y González, 2010). Está compuesto por 28 ítems con escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos, que va desde 0 (nunca hago esto) hasta 3 (siempre hago esto). Las estrategias de afrontamiento del estrés se agrupan en distintas subescalas,

distinguiendo entre estrategias adaptativas (afrentamiento activo, planificación, uso de apoyo instrumental, apoyo emocional, reinterpretación positiva, aceptación, uso del humor y religión) y desadaptativas (autodistracción, desahogo, desconexión conductual, negación, consumo de sustancias y autoinculpación). La puntuación máxima en la subescala de afrontamiento adaptativo es de 48 puntos, mientras que en la subescala de afrontamiento desadaptativo es de 36 puntos. El alfa de Cronbach oscila entre 0,71 y 0,80.

Procedimiento

Se llevó a cabo una amplia revisión bibliográfica para seleccionar aquellas variables más relevantes para el trabajo, así como los instrumentos más adecuados para su evaluación. A continuación, se contactó con el paciente y se programaron las tres sesiones de evaluación, que tuvieron una duración de 60 minutos cada una. En ellas se llevó a cabo la entrevista y se le administraron las pruebas de autoinforme. Posteriormente, se realizó la corrección e interpretación de los instrumentos seleccionados.

Cabe señalar que este trabajo fue aprobado por el Comité de Ética e Integridad en la Investigación de la Universidad Miguel Hernández de Elche, obteniéndose el siguiente código de investigación responsable: "TFG.GPS.ACC.JFM.210309".

Resultados

La puntuación total obtenida en la *Lista de Verificación del TEPT (PCL-5)* ha sido de 52, la cual supera de forma significativa el punto de corte de 33. Estos resultados reflejan un grado elevado de sintomatología de estrés postraumático y un malestar subjetivo grave en relación con la experiencia traumática, por lo que el paciente podría cumplir con los criterios diagnósticos del TEPT.

Los resultados obtenidos en la *Escala de Miedo al Covid-19 (FCV-19S)* muestran una puntuación total de 32, por lo que se podría afirmar que el paciente presenta un miedo intenso al Covid-19.

Las puntuaciones obtenidas en la *Escala Abreviada de Ansiedad, Depresión y Estrés (DASS-21)* han sido de 18 en Depresión, 14 en Ansiedad y 19 en Estrés (Figura 1), por lo que se podría concluir que el paciente presenta unos niveles de gravedad elevados en todas las variables.

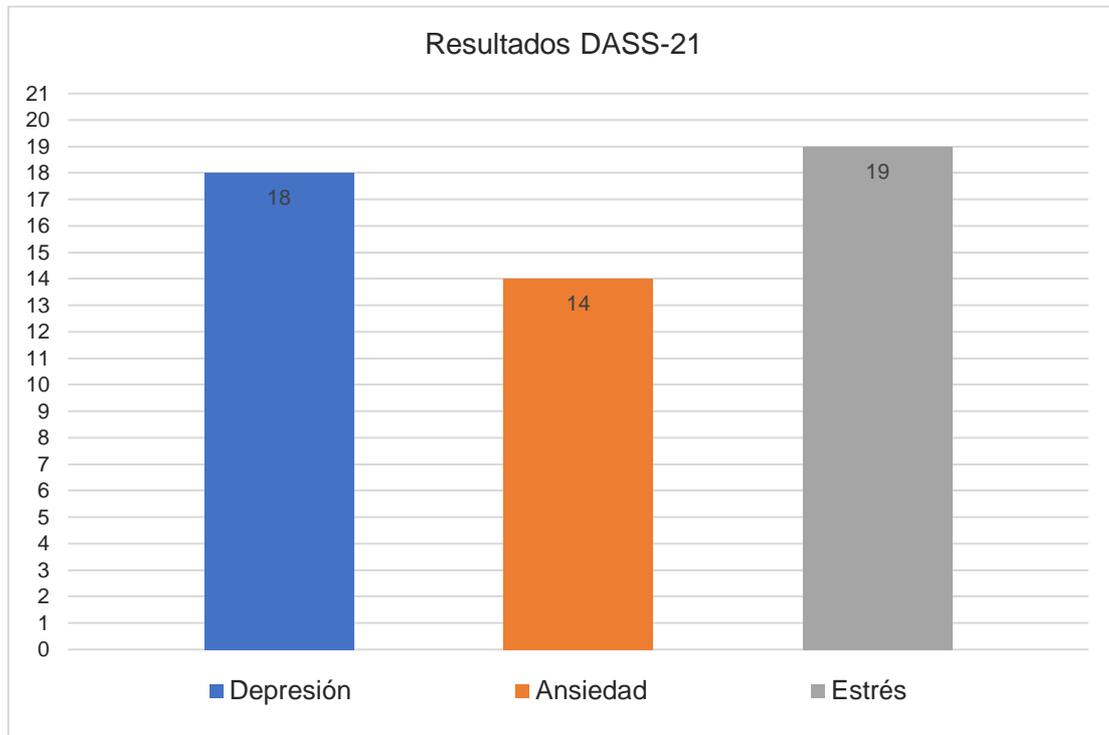


Figura 1. Resultados de la Escala Abreviada de Ansiedad, Depresión y Estrés (DASS-21)

Los resultados obtenidos en el *Inventario breve de afrontamiento (COPE-28)* muestran una puntuación de 11 en la subescala de estrategias adaptativas (Figura 2) y de 15 en la subescala de estrategias desadaptativas (Figura 3). Estas puntuaciones se alejan significativamente de las puntuaciones máximas de ambas subescalas, por lo que se podría afirmar que el paciente presenta un déficit considerable de estrategias de afrontamiento, especialmente en el caso de las estrategias adaptativas.

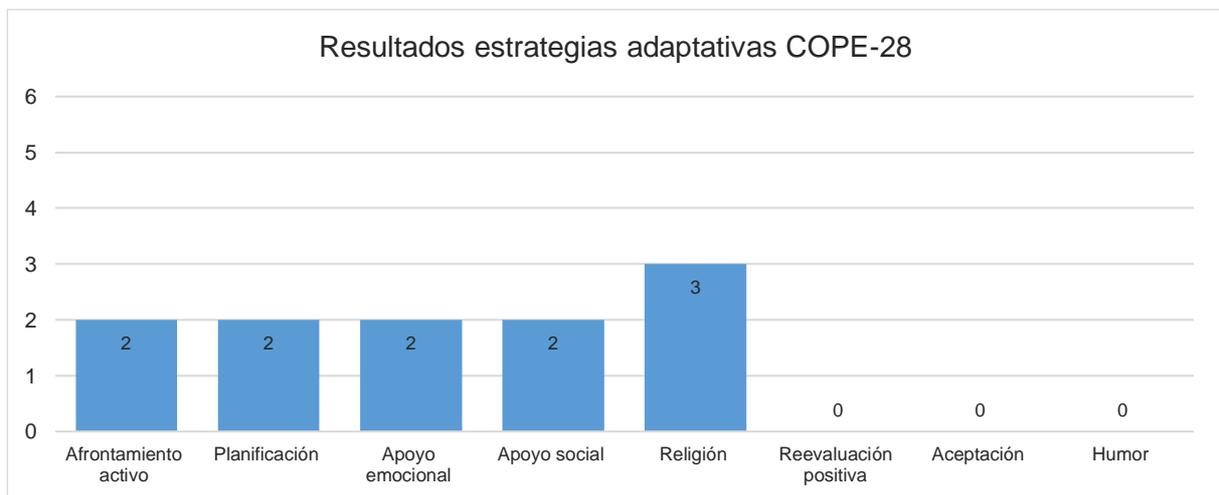


Figura 2. Resultados de la subescala de estrategias adaptativas del Inventario breve de afrontamiento (COPE-28)

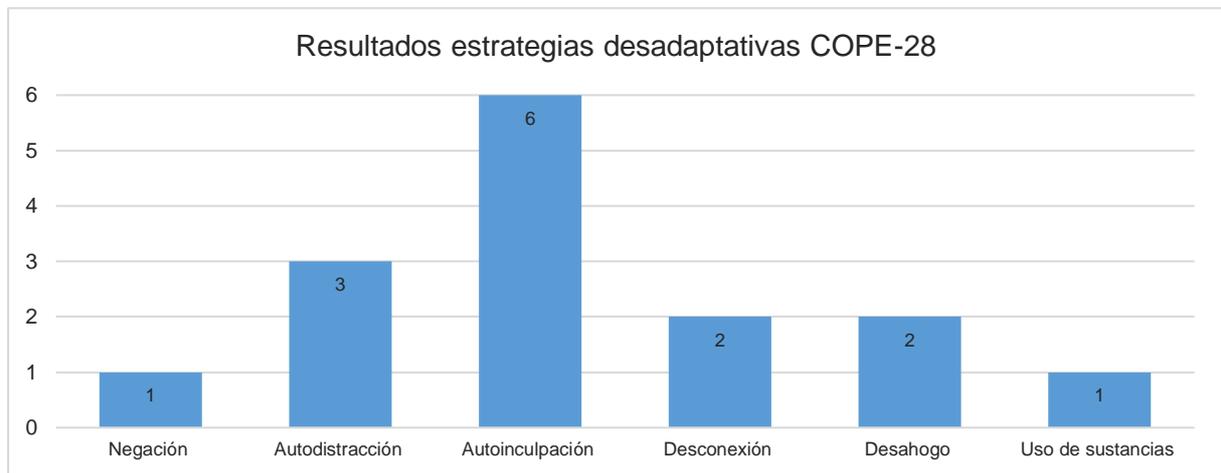


Figura 3. Resultados de la subescala de estrategias desadaptativas del Inventario breve de afrontamiento (COPE-28)

Propuesta de intervención

La propuesta de intervención que se ha llevado a cabo tiene como objetivo procesar la experiencia traumática y reducir la sintomatología de estrés postraumático que presenta el paciente. Está basada en la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TCC-CT), y ha sido adaptada a las condiciones de la situación de pandemia. Se ha elegido este tipo de intervención debido a que es el tratamiento que cuenta con mayor evidencia para la reducción y remisión de síntomas de TEPT (Mavranouzouli et al., 2020). La TCC-CT comprende cualquier intervención psicológica focalizada en el trauma a través de la terapia de exposición en vivo, en imaginación o escrita, que puede incluir o no la terapia cognitiva y otras técnicas cognitivo-conductuales (Roberts, Kitchiner, Kenardy, Lewis, y Bisson, 2019).

Esta propuesta no incluye la fase de evaluación, que se llevará a cabo en dos sesiones previas, en las que se realizará la entrevista semiestructurada y se administrarán los autoinformes. No obstante, cabe señalar que se ha decidido incluir la realización del FCV-19S como medida de evaluación antes de cada sesión de tratamiento para observar la evolución del paciente, puesto que se ha encontrado que el miedo al Covid-19 predice la depresión y la ansiedad (Satici, Gocet-Tekin, Deniz, y Satici, 2020), y que las puntuaciones elevadas en esta escala se asocian con mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés (Bitan et al., 2020; Satici et al., 2020; Soraci et al., 2020).

El procedimiento tendrá un total de 15 sesiones, siguiendo la recomendación de Roberts et al. (2019), quienes consideran que los mayores efectos de la TCC-CT se consiguen en aquellas intervenciones de 12 o más sesiones. La duración de cada sesión será de 60 minutos y tendrán una periodicidad semanal. La estructura de las sesiones se puede observar en la tabla 1.

Tabla 1.

Sesiones de tratamiento

Sesión	Objetivo	Contenido	Tareas
1	Comprender el TEPT Formulación inicial del caso y justificación del tratamiento	Explicar resultados de la evaluación Psicoeducación: Modelo explicativo del TEPT Normalizar síntomas	Registro actividades diarias y estado de ánimo Cuestionario FCV-19S
2	Comprender la relación entre pensamientos, emociones y conductas Aprender a identificar pensamientos irracionales	Reestructuración cognitiva: Presentación del modelo ABC (Ellis, 1998) y explicación e identificación de creencias irracionales	Autorregistro ABC Registro actividades diarias y estado de ánimo Cuestionario FCV-19S
3	Aprender a reinterpretar los pensamientos irracionales y sustituirlos por otros pensamientos más realistas	Reestructuración cognitiva: Discusión y debate de creencias, y sustitución de pensamientos irracionales	Autorregistro ABCDE Registro actividades diarias y estado de ánimo Cuestionario FCV-19S
4	Aprender a identificar e implementar actividades agradables Aumentar la participación en interacciones sociales	Activación conductual: Planificación de actividades agradables	Autorregistro de actividades agradables Autorregistro ABCDE Cuestionario FCV-19S
5	Aprender técnicas de respiración para controlar la activación corporal en situaciones de estrés	Entrenamiento en respiración (Labrador, De la Puente, y Crespo, 1995)	Ejercicios de respiración Autorregistro de actividades agradables Autorregistro ABCDE Cuestionario FCV-19S
6	Reducir las conductas de evitación relacionadas con el suceso traumático y aumentar el repertorio conductual Aumentar la percepción de autoeficacia	Autoexposición gradual en vivo: Explicación y justificación de la técnica, identificación de estímulos temidos, y establecimiento de la jerarquía	Autoexposición en vivo y autorregistro SUDS Ejercicios de respiración Autorregistro de actividades agradables Autorregistro ABCDE Cuestionario FCV-19S

7	<p>Facilitar el procesamiento emocional del suceso traumático</p> <p>Reducir la ansiedad que provoca el recuerdo del suceso traumático</p> <p>Facilitar la modificación de las creencias distorsionadas sobre el trauma</p>	<p>Exposición gradual en vivo: Revisión de autorregistros y debate de la experiencia</p> <p>Exposición en imaginación: Explicación y justificación de la técnica, narración en voz alta y procesamiento del trauma</p>	<p>Escuchar grabación de la exposición narrativa</p> <p>Autoexposición en vivo y autorregistro SUDS</p> <p>Ejercicios de respiración</p> <p>Autorregistro de actividades agradables</p> <p>Autorregistro ABCDE</p> <p>Cuestionario FCV-19S</p>
8 - 12	<p>Identificar recuerdos relacionados con el trauma</p> <p>Facilitar el procesamiento emocional del suceso traumático</p> <p>Reducir la ansiedad que provoca el recuerdo del suceso traumático</p> <p>Facilitar la modificación de las creencias distorsionadas sobre el trauma</p>	<p>Exposición gradual en vivo: Revisión de autorregistros y debate de la experiencia</p> <p>Exposición en imaginación: Narración en voz alta (puntos calientes) y procesamiento del trauma</p>	<p>Escuchar grabación de la exposición narrativa</p> <p>Autoexposición en vivo y autorregistro SUDS</p> <p>Ejercicios de respiración</p> <p>Autorregistro de actividades agradables</p> <p>Autorregistro ABCDE</p> <p>Cuestionario FCV-19S</p>
13	<p>Prevención de recaídas</p> <p>Adquirir habilidades de afrontamiento</p>	<p>Repaso del estado actual y de los objetivos logrados por el paciente</p> <p>Entrenamiento en habilidades de solución de problemas</p>	<p>Practicar estrategias de solución de problemas</p> <p>Realizar resumen tratamiento y objetivos alcanzados</p>
14	<p>Prevención de recaídas</p> <p>Evaluación post-tratamiento</p>	<p>Reforzar logros alcanzados y fomentar su mantenimiento</p> <p>Aprender a identificar y gestionar recaídas</p> <p>Pase de cuestionarios</p>	
15	<p>Devolución de resultados</p> <p>Alta terapéutica</p>	<p>Explicación de los resultados post-tratamiento</p> <p>Finalización del tratamiento y alta terapéutica</p>	

Sesión 1

Objetivos:

1. Comprender qué es el TEPT y cuál es su sintomatología.
2. Comprender el origen y el mantenimiento del TEPT.
3. Validar la experiencia del paciente y normalizar sus síntomas.
4. Ajustar expectativas del tratamiento.

Descripción:

Se hará uso de la psicoeducación para explicarle al paciente en qué consiste el TEPT y cuáles son los síntomas que pueden aparecer tras una experiencia traumática. De este modo, se le animará a identificar los síntomas que presenta para normalizarlos, comentándole el motivo por el que pueden haber surgido. Por otro lado, se le explicará el modelo de origen y mantenimiento del TEPT, haciendo énfasis en el papel que tiene la evitación del recuerdo traumático en el mantenimiento del trastorno. Para ello, se realizará el “experimento del camello” para que comprenda cómo la mente reacciona de forma paradójica, de manera que cuando intentamos no pensar en algo, pensamos más en ello (Anexo 1).

También se le explicará brevemente el tratamiento para que comprenda en qué consiste la TCC-CT, los componentes principales que se trabajarán y los motivos por los que se consideran los más adecuados para su caso.

Tareas para casa:

- Registro de actividades diarias y estado de ánimo.
- Cuestionario FCV-19S.

Sesión 2

Objetivos:

1. Comprender la relación entre pensamientos, emociones y conductas.
2. Aprender el papel mediador de las creencias irracionales y sus consecuencias emocionales y conductuales.
3. Aprender a identificar los pensamientos irracionales.

Descripción:

Se presentará el modelo ABC de Ellis (1998) para que el paciente comprenda el papel que tienen las creencias en los problemas emocionales. Además, se le explicará cómo los pensamientos irracionales pueden provocar malestar subjetivo y comportamientos desadaptativos. Por otro lado, se le enseñará a identificar creencias irracionales mediante

diversos ejercicios, para que sea capaz de reconocer sus “debería” o “tengo que”. Asimismo, se le proporcionará retroalimentación y se le explicarán los inconvenientes que supone convertir deseos o preferencias en necesidades o exigencias.

Tareas para casa:

- Autorregistro ABC.
- Registro de actividades diarias y estado de ánimo.
- Cuestionario FCV-19S.

Sesión 3

Objetivos:

1. Aprender a distinguir entre pensamientos adaptativos y desadaptativos.
2. Aprender a reinterpretar los pensamientos irracionales y sustituirlos por otros pensamientos más realistas.

Descripción:

Se revisará el autorregistro y se comprobará que ha sido cumplimentado correctamente. A continuación, se analizarán y debatirán los pensamientos recogidos por el paciente, empleando argumentos empíricos, lógicos y pragmáticos para que comprenda la irracionalidad de estos. Por otro lado, se llevará a cabo la reestructuración cognitiva de los pensamientos irracionales detectados, enseñándole a reconceptualizar la situación, de modo que aprenda a valorarla de forma más realista y consiga sustituir los pensamientos desadaptativos por otros más adaptativos.

Tareas para casa:

- Autorregistro ABCDE.
- Registro de actividades diarias y estado de ánimo.
- Cuestionario FCV-19S.

Sesión 4

Objetivos:

1. Aprender a identificar las actividades agradables.
2. Aprender a organizar su entorno para realizar una mayor cantidad de actividades reforzantes.
3. Reducir la evitación de las actividades interpersonales.
4. Aumentar el grado de participación en interacciones sociales.

Descripción:

Se revisará el registro de actividades diarias y estado de ánimo del paciente, y se comentarán aquellas actividades agradables que haya dejado de realizar desde el inicio del problema. Se le explicará el modelo del mantenimiento de la depresión, para que entienda cómo las respuestas de escape o evitación (dejar de reunirse con amigos, no salir a pasear con su mujer, no montar en bicicleta) a pesar de que le suponen un alivio de la ansiedad a corto plazo, le impiden obtener refuerzos positivos y, por lo tanto, favorecen el mantenimiento de los síntomas depresivos. A continuación, se ayudará al paciente a establecer los objetivos para la implementación de actividades que sean reforzantes para él, especificando de forma detallada el comportamiento que se quiere lograr. Se realizará también una jerarquización para que vaya practicando entre una y tres actividades nuevas cada semana. Por último, se programarán las actividades que deberá llevar a cabo durante la semana y se le pedirá que rellene un autorregistro, en el que deberá anotar el grado de satisfacción (de 0 a 10) experimentado mientras las realiza.

Tareas para casa:

- Autorregistro de actividades agradables.
- Autorregistro ABCDE.
- Cuestionario FCV-19S.

Sesión 5

Objetivos:

1. Aprender a controlar la intensidad de la activación corporal.
2. Facilitar el control voluntario de la respiración y aprender a aplicarlo en situaciones que generan estrés y ansiedad.

Descripción:

Se comenzará revisando los autorregistros. A continuación, se reforzará el cumplimiento de aquellas actividades que el paciente haya logrado realizar y, si hubiera tenido dificultades con alguna de ellas, se le ayudará a encontrar alternativas o soluciones para su implementación.

Por otro lado, se llevará a cabo el entrenamiento en respiración, siguiendo las instrucciones propuestas por Labrador, De la Puente, y Crespo (1995). De este modo, se empezará trabajando la fase de inspiración, después la fase de espiración, y posteriormente se enseñará a alternar ambas fases. Para finalizar, se le animará a practicar este tipo de respiración en situaciones cotidianas, tanto neutras como estresantes.

Tareas para casa:

- Ejercicios de respiración.
- Autorregistro de actividades agradables.
- Autorregistro ABCDE.
- Cuestionario FCV-19S.

Sesión 6

Objetivos:

1. Reducir las conductas de evitación relacionadas con el suceso traumático.
2. Aumentar el repertorio conductual ante situaciones relacionadas con el suceso traumático.
3. Aumentar la percepción de autoeficacia.

Descripción:

Se empezará revisando los autorregistros y resolviendo las posibles dudas sobre la técnica de respiración. Posteriormente, se le explicará en qué consiste la terapia de exposición y la importancia de este componente para reducir las conductas de evitación. A continuación, se introducirá la exposición en vivo y se le ayudará a identificar los estímulos temidos. Una vez identificados, se elaborará una jerarquía de exposición, y se clasificarán las situaciones evitadas en función de la angustia que provocan, empleando la Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (SUDS) (Anexo 2). Por último, se escogerán algunos ítems de la jerarquía y se le animará a exponerse a ellos en su vida diaria, explicándole que deberá permanecer en la situación durante unos 40 o 60 minutos o hasta que el nivel de ansiedad se reduzca a la mitad.

Tareas para casa:

- Autoexposición gradual en vivo y autorregistro SUDS.
- Ejercicios de respiración.
- Autorregistro de actividades agradables.
- Autorregistro ABCDE.
- Cuestionario FCV-19S.

Sesión 7

Objetivos:

1. Facilitar el procesamiento emocional del suceso traumático.
2. Reducir la ansiedad que provoca el recuerdo del suceso traumático.
3. Facilitar la modificación de las creencias distorsionadas sobre el trauma.

Descripción:

La sesión comenzará revisando los autorregistros y comentando la experiencia del paciente con las tareas de exposición gradual en vivo. A continuación, se introducirá la exposición en imaginación y se explicará detalladamente su importancia para el procesamiento del trauma. Se pedirá al paciente que cierre los ojos y narre la experiencia traumática en voz alta, de la forma más vívida que sea posible. Se le comentará que la narración deberá ser preferiblemente en tiempo presente, para facilitar el compromiso emocional. La exposición se mantendrá durante unos 30 minutos, realizando varias repeticiones si fuera necesario. Posteriormente, se le proporcionará retroalimentación positiva y se pondrá en valor su voluntad de trabajar con el suceso traumático. A continuación, se discutirá su experiencia durante la narración y se le ayudará a procesar el recuerdo, animándole a hablar sobre sus sentimientos y pensamientos durante la exposición imaginaria. Además, se fomentará el aprendizaje en relación con el cambio de creencias sobre el trauma. Por último, se le animará a escuchar diariamente la grabación de la sesión y se acordarán los siguientes ítems de la jerarquía a los que deberá exponerse.

Tareas para casa:

- Escuchar grabación de la exposición narrativa.
- Autoexposición gradual en vivo y autorregistro SUDS.
- Ejercicios de respiración.
- Autorregistro de actividades agradables.
- Autorregistro ABCDE.
- Cuestionario FCV-19S.

Sesiones 8 a 12

Objetivos:

1. Identificar los recuerdos más angustiantes relacionados con el trauma.
2. Facilitar el procesamiento emocional del suceso traumático.
3. Reducir la ansiedad que provoca el recuerdo del suceso traumático.
4. Facilitar la modificación de las creencias distorsionadas sobre el trauma.

Descripción:

Estas sesiones tendrán una agenda similar, comenzando con la revisión de las tareas para casa. A continuación, se llevará a cabo la exposición en imaginación centrándose en aquellos recuerdos más angustiantes relacionados con el trauma, conocidos como puntos calientes. En la sesión 8 se trabajará con el paciente para ayudarle a identificarlos y se seleccionará uno

de ellos para comenzar con la exposición en imaginación. Cuando un punto caliente sea procesado, quedando reflejado así en la escala SUDS, se pasará a trabajar con otro. En las siguientes sesiones se abordará la exposición de un nuevo punto caliente, o se continuará trabajando con el de la sesión anterior en el caso de que no fuera totalmente procesado. Por último, se le asignarán las tareas para la próxima semana.

Tareas para casa:

- Escuchar grabación de la exposición narrativa.
- Autoexposición gradual en vivo y autorregistro SUDS.
- Ejercicios de respiración.
- Autorregistro de actividades agradables.
- Autorregistro ABCDE.
- Cuestionario FCV-19S.

Sesión 13

Objetivos:

1. Revisar los objetivos logrados.
2. Revisar los aprendizajes y estrategias adquiridas.
3. Adquirir habilidades para afrontar situaciones de estrés.

Descripción:

En esta sesión se empezará a trabajar la prevención de recaídas. En primer lugar, se revisarán los objetivos logrados y se comentarán las habilidades aprendidas durante el tratamiento, haciendo énfasis en la necesidad de seguir aplicándolas para conseguir mantener la mejoría alcanzada. Por otro lado, se entrenará al paciente en habilidades de solución de problemas para que aprenda a afrontar de forma más adaptativa las situaciones de estrés. De este modo, siguiendo las indicaciones propuestas por D'Zurilla y Goldfried (1971), se le enseñará a plantear los problemas y actuar sobre ellos para que consiga encontrar la solución más acertada con mayor probabilidad. Por último, se le pedirá que escriba para la siguiente sesión un resumen de cómo se desarrolló el problema, qué lo mantenía, qué ha aprendido para afrontarlo y cómo gestionaría una situación parecida en el futuro.

Tareas para casa:

- Practicar las estrategias de solución de problemas.
- Realizar el resumen.

Sesión 14

Objetivos:

1. Reforzar los logros alcanzados y fomentar su mantenimiento.
2. Aprender a identificar y gestionar posibles recaídas.
3. Realizar evaluación post-tratamiento.

Descripción:

La sesión comenzará revisando las tareas realizadas. A continuación, se reforzarán los logros alcanzados durante el tratamiento y se le advertirá de que es posible que aparezcan recaídas en momentos de mayor estrés, o cuando tenga experiencias directas con el trauma. Se le comentará que, si esto ocurre, deberá tratarlo con normalidad y seguir empleando las estrategias aprendidas.

Por otro lado, se le volverán a pasar los cuestionarios que realizó en la fase de evaluación, con el objetivo de verificar la mejoría alcanzada y la eficacia del tratamiento.

Sesión 15

Objetivos:

1. Devolución de resultados.
2. Programación de seguimientos.
3. Alta terapéutica.

Descripción:

Se llevará a cabo la devolución de resultados de los cuestionarios y se compararán con los obtenidos en la fase de evaluación. De este modo, se analizarán las mejoras alcanzadas con la intervención y se hará énfasis en la importancia de seguir practicando las habilidades adquiridas para fomentar el mantenimiento. Por último, se programará una sesión de seguimiento pasado un mes, y se finalizará el tratamiento dándole al paciente el alta terapéutica.

Sesión de seguimiento

Objetivos:

1. Realizar evaluación post-tratamiento.
2. Evaluar y gestionar posibles recaídas.
3. Reforzar la evolución del paciente.

Descripción:

La sesión se llevará a cabo un mes después de la finalización del tratamiento. En primer lugar, se le pasarán los mismos cuestionarios de la fase de evaluación y de la evaluación post-tratamiento, y se compararán los resultados obtenidos. Asimismo, se comentará con el paciente cómo se ha encontrado durante ese mes, y se propondrán soluciones en el caso de que hubieran recaídas. Por último, se reforzará su evolución y se valorará la posibilidad de establecer nuevas sesiones de seguimiento.

Discusión

El objetivo de este trabajo ha sido elaborar una propuesta de intervención psicológica para procesar la experiencia traumática y reducir la sintomatología de estrés postraumático, tras un ingreso en UCI como consecuencia de la enfermedad por Covid-19.

Los componentes principales que se han incluido son la exposición en vivo a los recordatorios del trauma, la exposición en imaginación al suceso traumático, y el procesamiento del recuerdo traumático, siguiendo con las indicaciones propuestas por McLean y Foa (2011), quienes señalaron que estos son los componentes principales en el tratamiento del TEPT. Mediante la exposición en vivo se pretende que el paciente deje de evitar situaciones seguras relacionadas con el trauma, mientras que con la exposición en imaginación y el procesamiento del trauma se espera que procese emocionalmente el trauma y elabore creencias más realistas sobre la experiencia traumática.

Según Báguena (2003), el componente cognitivo tiene efectos beneficiosos en el tratamiento del TEPT. En esta misma línea, Peris et al. (2011) observaron que la adición de reestructuración cognitiva a las intervenciones psicológicas para el TEPT en los supervivientes de la UCI resulta positiva para reducir la sintomatología postraumática. Por ello, se ha considerado relevante añadir sesiones de reestructuración cognitiva en esta propuesta de intervención.

La depresión comórbida puede afectar negativamente a los resultados del tratamiento del TEPT (Green et al., 2006; Steiner et al., 2017), por lo que se recomienda incluir actividades de activación conductual a la vez que se trabaja con la jerarquía de exposición en vivo, especialmente en el contexto de una pandemia, dado que es probable que las personas hayan dejado de realizar muchas actividades gratificantes que les ayudaban a manejar el estrés (Fina et al., 2020). Siguiendo con estas recomendaciones, y teniendo en cuenta la sintomatología depresiva que presenta el paciente, se ha decidido añadir el componente de activación conductual.

Según diversos autores, las habilidades de afrontamiento facilitan la reducción de síntomas de estrés postraumático en aquellas personas supervivientes de UCI (Peris et al., 2011), y ayudan a reducir el impacto psicológico provocado por la pandemia (Parrado-González y León-Jariego, 2020; Phua et al., 2005). Por ello, puesto que el paciente muestra un déficit significativo en este tipo de estrategias, se ha considerado oportuno incluir el entrenamiento en habilidades de solución de problemas en las sesiones de prevención de recaídas.

En cuanto a las limitaciones, hay que tener en cuenta que este tipo de intervención centrada en el trauma requiere un alto nivel de motivación y compromiso por parte del paciente, puesto que implica que se exponga de forma activa al recuerdo traumático. Así pues, aunque la TCC-CT sea uno de los tratamientos con mayor eficacia para el TEPT, existe un porcentaje de abandono en torno al 18% (Imel, Laska, Jakupcak, y Simpson, 2013).

Por último, cabe señalar que desde el inicio de la pandemia se han llevado a cabo numerosas investigaciones en las que se ha observado un incremento significativo en la prevalencia del TEPT. No obstante, se han publicado muy pocos estudios clínicos en los que se aplique un protocolo de intervención psicológica en pacientes que hayan desarrollado un trastorno de estrés postraumático tras haber superado la enfermedad de Covid-19. Por lo tanto, a pesar de que este trabajo presenta una propuesta de intervención para un caso único, tiene la intención de contribuir en la investigación y el desarrollo de protocolos de intervención para el tratamiento psicológico del TEPT en el contexto de una pandemia.

Referencias bibliográficas

- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International journal of mental health and addiction*, 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- American Psychiatric Association, (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana
- American Psychological Association (2017). *Clinical practice guideline for the treatment of PTSD*. Washington, DC: American Psychological Association. Recuperado de <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>
- Anand, K. B., Karade, S., Sen, S., & Gupta, R. M. (2020). SARS-CoV-2: Camazotz's Curse. *Medical journal, Armed Forces India*, 76(2), 136-141. <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2020.04.008>
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B.J., Enns, M.W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10, 176-181. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
- Báguena, M. J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de estrés postraumático. En M. Pérez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 311-335). Madrid: Pirámide.
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2015). Pretraumatic Stress Reactions in Soldiers Deployed to Afghanistan. *Clinical psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 3(5), 663–674. <https://doi.org/10.1177/2167702614551766>
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013(12), CD003388. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>
- Bitan, D. T., Grossman-Giron, A., Bloch, Y., Mayer, Y., Shiffman, N., & Mendlovic, S. (2020). Fear of COVID-19 scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. *Psychiatry Research*, 289, 113100. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113100>

- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of traumatic stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Bridgland, V., Moeck, E. K., Green, D. M., Swain, T. L., Nayda, D. M., Matson, L. A., ... Takarangi, M. (2021). Why the COVID-19 pandemic is a traumatic stressor. *PLoS one*, 16(1), e0240146. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240146>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cavicchioli, M., Ferrucci, R., Guidetti, M., Canevini, M. P., Pravettoni, G., & Galli, F. (2021). What Will Be the Impact of the Covid-19 Quarantine on Psychological Distress? Considerations Based on a Systematic Review of Pandemic Outbreaks. *Healthcare*, 9(1), 101. <https://doi.org/10.3390/healthcare9010101>
- Carver C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International journal of behavioral medicine*, 4(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Chamberlain, S., Grant, J., Trender, W., Hellyer, P., & Hampshire, A. (2021). Post-traumatic stress disorder symptoms in COVID-19 survivors: Online population survey. *BJPsych Open*, 7(2), E47. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.3>
- Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The lancet. Psychiatry*, 4(4), 330–338. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30014-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30014-7)
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., ... Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 43, 128–141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>
- Davydow, D. S., Gifford, J. M., Desai, S. V., Needham, D. M., & Bienvenu, O. J. (2008). Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *General hospital psychiatry*, 30(5), 421–434. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2008.05.006>

- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107–126. <https://doi.org/10.1037/h0031360>
- Ferguson, N., Laydon, D., Nedjati Gilani, G., Imai, N., Ainslie, K., Baguelin, M., ... Ghani, A. (2020). Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. *Imperial College COVID-19 Response Team*. <https://doi.org/10.25561/77482>
- Fina, B. A., Wright, E. C., Rauch, S., Norman, S. B., Acierno, R., Cuccurullo, L. J., ... Foa, E. B. (2020). Conducting Prolonged Exposure for PTSD During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Treatment. *Cognitive and behavioral practice*, 10.1016/j.cbpra.2020.09.003. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.09.003>
- Galea, S., Tracy, M., Norris, F., & Coffey, S. F. (2008). Financial and social circumstances and the incidence and course of PTSD in Mississippi during the first two years after Hurricane Katrina. *Journal of traumatic stress*, 21(4), 357–368. <https://doi.org/10.1002/jts.20355>
- Gerger, H., Munder, T., Gemperli, A., Nüesch, E., Trelle, S., Jüni, P., & Barth, J. (2014). Integrating fragmented evidence by network meta-analysis: relative effectiveness of psychological interventions for adults with post-traumatic stress disorder. *Psychological medicine*, 44(15), 3151–3164. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000853>
- Gold, S. D., Marx, B. P., Soler-Baillo, J. M., & Sloan, D. M. (2005). Is life stress more traumatic than traumatic stress?. *Journal of anxiety disorders*, 19(6), 687–698. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.06.002>
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. Á., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., & Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 172–176. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
- Goutaudier, N., Bertoli, C., Séjourné, N., & Chabrol, H. (2019). Childbirth as a forthcoming traumatic event: pretraumatic stress disorder during pregnancy and its psychological correlates. *Journal of reproductive and infant psychology*, 37(1), 44–55. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1504284>
- Green, B. L., Krupnick, J. L., Chung, J., Siddique, J., Krause, E. D., Revicki, D., ... Miranda, J. (2006). Impact of PTSD comorbidity on one-year outcomes in a depression trial. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 815–835. <https://doi.org/10.1002/jclp.20279>

- Holman, E. A., Garfin, D. R., & Silver, R. C. (2014). Media's role in broadcasting acute stress following the Boston Marathon bombings. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(1), 93–98. <https://doi.org/10.1073/pnas.1316265110>
- Imel, Z. E., Laska, K., Jakupcak, M., & Simpson, T. L. (2013). Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 394–404. <https://doi.org/10.1037/a0031474>
- International Society for Traumatic Stress Studies (2019). *ISTSS PTSD Prevention and Treatment Guidelines Methodology and Recommendations*. Recuperado de www.istss.org/treating-trauma/newistss-prevention-and-treatment-guidelines
- Jackson, J. C., Jutte, J. E., Hunter, C. H., Ciccolella, N., Warrington, H., Sevin, C., & Bienvenu, O. J. (2016). Posttraumatic stress disorder (PTSD) after critical illness: A conceptual review of distinct clinical issues and their implications. *Rehabilitation Psychology*, 61(2), 132-140. <http://dx.doi.org/10.1037/rep0000085>
- Kar, N., & Bastia, B. K. (2006). Post-traumatic stress disorder, depression and generalised anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of comorbidity. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 2, 17. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-2-17>
- Labrador, F. J., De la Puente, M. L. y Crespo, M. (1995). Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (Coords.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 367-395). Madrid: Piramide.
- Li, X., Fu, P., Fan, C., Zhu, M., & Li, M. (2021). COVID-19 Stress and Mental Health of Students in Locked-Down Colleges. *International journal of environmental research and public health*, 18(2), 771. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020771>
- Li, Z., Ge, J., Yang, M., Feng, J., Qiao, M., Jiang, R., ... Yang, C. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 916–919. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007>
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., ... Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>

- McLean, C. P., & Foa, E. B. (2011). Prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder: a review of evidence and dissemination. *Expert review of neurotherapeutics*, 11(8), 1151–1163. <https://doi.org/10.1586/ern.11.94>
- Mak, I. W., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G., & Chan, V. L. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *General hospital psychiatry*, 31(4), 318–326. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.03.001>
- Mavranouzouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Welton, N. J., Stockton, S., ... Pilling, S. (2020). Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis. *Psychological medicine*, 50(4), 542–555. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000070>
- Morán, C., Landero, R., & González, M.T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552. <http://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy9-2.capv>
- National Institute for Health and Care Excellence (2018). Post-traumatic stress disorder. NICE Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861>
- National Institute of Mental Health (2020). *Trastorno por estrés postraumático*. Recuperado de https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico/20-mh-8124s-ptsd-sp_160750.pdf
- North, C. S., Surís, A. M., & Pollio, D. E. (2021). A Nosological Exploration of PTSD and Trauma in Disaster Mental Health and Implications for the COVID-19 Pandemic. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 11(1), 7. <https://doi.org/10.3390/bs11010007>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad*. Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f2070699808>
- Parrado-González, A., & León-Jariego, J. C. (2020). COVID-19: Factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española. *Revista española de salud pública*, 94, 1-16.
- Passavanti, M., Argentieri, A., Barbieri, D. M., Lou, B., Wijayarathna, K., Foroutan Mirhosseini, A. S., ... Ho, C. H. (2021). The psychological impact of COVID-19 and restrictive measures in the world. *Journal of affective disorders*, 283, 36–51. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.020>

- Peris, A., Bonizzoli, M., Iozzelli, D., Migliaccio, M. L., Zagli, G., Bacchereti, A., ... Belloni, L. (2011). Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Critical care (London, England)*, 15(1), R41. <https://doi.org/10.1186/cc10003>
- Phua, D. H., Tang, H. K., & Tham, K. Y. (2005). Coping responses of emergency physicians and nurses to the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 12(4), 322–328. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.11.015>
- Piqueras, J. A., Gomez-Gomez, M., Marzo, J. C., Gomez-Mir, P., Falco, R., Valenzuela, B., & PSICORECUR-SOS COVID-19 study. (2020). Validation of the Spanish version of Fear of COVID-19 Scale: Its association with acute stress and coping. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–17. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-75063/v1>
- Ponniah, K., & Hollon, S. D. (2009). Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a review. *Depression and anxiety*, 26(12), 1086–1109. <https://doi.org/10.1002/da.20635>
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., Lewis, C. E., & Bisson, J. I. (2019). Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1695486. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1695486>
- Rubin, D. C. (2014). Schema-driven construction of future autobiographical traumatic events: The future is much more troubling than the past. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143(2), 612–630. <https://doi.org/10.1037/a0032638>
- Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., & Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of depression anxiety and stress scale-21 (DASS-21). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 17(1), 93-101
- Satici, B., Gocet-Tekin, E., Deniz, M. E., & Satici, S. A. (2020). Adaptation of the Fear of COVID-19 Scale: Its Association with Psychological Distress and Life Satisfaction in Turkey. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00294-0>

- Soraci, P., Ferrari, A., Abbiati, F. A., Del Fante, E., De Pace, R., Urso, A., & Griffiths, M. D. (2020). Validation and psychometric evaluation of the Italian version of the Fear of COVID-19 Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00277-1>
- Sprang, G., & Silman, M. (2013). Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster medicine and public health preparedness*, 7(1), 105–110. <https://doi.org/10.1017/dmp.2013.22>
- Steiner, A. J., Boulos, N., Mirocha, J., Wright, S. M., Collison, K. L., & IsHak, W. W. (2017). Quality of life and functioning in comorbid posttraumatic stress disorder and major depressive disorder after treatment with citalopram monotherapy. *Clinical Neuropharmacology*, 40, 16–23. <https://doi.org/10.1097/wnf.0000000000000190>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wu, K. K., Chan, S. K., & Ma, T. M. (2005). Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Journal of traumatic stress*, 18(1), 39–42. <https://doi.org/10.1002/jts.20004>
- Xie, J., Tong, Z., Guan, X., Du, B., Qiu, H., & Slutsky, A. S. (2020). Critical care crisis and some recommendations during the COVID-19 epidemic in China. *Intensive care medicine*, 46(5), 837–840. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05979-7>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L., Gill, H., Phan, L., ... McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 277(1), 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>

Anexos

Anexo 1. Experimento del camello

Se le dan al paciente las siguientes instrucciones: “Cierra los ojos e intenta pensar en un camello durante un par de minutos. Cada vez que el camello desaparezca de tu mente, levanta un dedo”.

Después, se habla con el paciente sobre la experiencia, preguntándole cómo le fue y si le resultó sencillo mantener el pensamiento del camello en su mente. A continuación, se le pide que cierre los ojos de nuevo y que trate de no pensar en el camello durante otro par de minutos. Además, se le indica que vuelva a levantar el dedo cada vez que el camello aparezca en su mente.

Por último, se vuelve a comentar la experiencia y se le realizan preguntas como las siguientes: “¿Que sucedió? ¿Cuál fue la dificultad para mantener el pensamiento alejado? ¿Qué has aprendido con este experimento en relación con querer mantener el pensamiento alejado?”.

Anexo 2. Jerarquía de exposición en vivo y escala SUDS

Situación desagradable/Estímulo aversivo	Grado subjetivo de malestar (SUDS) de 0 a 100
1. Salir a pasear o montar en bicicleta solo	15
2. Salir a pasear con su mujer o sus hijas	20
3. Ir a visitar familiares	30
4. Ir a comprar al supermercado del barrio	45
5. Ver el telediario o leer noticias sobre la pandemia	55
6. Ir a comprar a un centro comercial	70
7. Salir a comer a un restaurante con su mujer	80
8. Salir a comer a un restaurante con sus amigos	85
9. Acudir a un centro de salud	95
10. Acudir al hospital	100