



**UNA FOBIA A LOS CAJEROS AUTOMÁTICOS CON DIAGNÓSTICO DE
TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT).**

Ana Isabel Álvarez Aparicio.

Máster en Psicología de la Salud y en Psicología Forense y Penitenciaria.

José Santacreu.

Prof. de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid.

**A PHOBIA ATMs CASE DIAGNOSED WITH POSTTRAUMATIC STRESS
DISORDER (PTSD).**

Ana Isabel Álvarez Aparicio.

Máster en Psicología de la Salud y en Psicología Forense y Penitenciaria.

José Santacreu.

Prof. de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid.

Dirección de contacto y envío de correspondencia:

Prof. José Santacreu.
Universidad Autónoma de Madrid
Fac. de Psicología.
C/ Pavlov, 6
28049 Cantoblanco. Madrid
E-mail: jose.santacreu uam.es

Una fobia a los cajeros automáticos con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (TEPT).

En este artículo se describen los procesos de evaluación y tratamiento del caso de una mujer, objeto de robo al sacar dinero en un cajero, a partir del cual desarrolla síntomas ansioso-depresivos, inducida por un solo ensayo de condicionamiento clásico aversivo. El diagnóstico, TEPT o fobia, no fue relevante para decidir el tratamiento. La intervención se llevó a cabo en 16 sesiones y sus principales componentes fueron: a) explicación funcional del proceso patológico y de sus síntomas; b) entrenamiento para el control e incremento de la activación; c) terapia cognitiva antidepresiva y d) terapia de exposición a la situación ansiógena. El análisis comparativo pre-post de los resultados muestra la eficacia del tratamiento. Finalmente en la discusión se analizan los dos elementos que tuvieron gran impacto en la eficacia del tratamiento: la explicación funcional del desarrollo y mantenimiento del problema *versus* la consideración de una secuela mórbida como explicación del mismo y la inducción de un nivel alto de motivación para el cambio personal.

Palabras clave: estrés postraumático, fobia a los cajeros, estudio de caso, motivación para el tratamiento.

A phobia ATMs case diagnosed with posttraumatic stress disorder (PTSD).

Processes of evaluation and treatment of the case of a woman to get stolen money at an ATM are described in this article, from which develops anxious depressive symptoms induced by a single trial aversive classical conditioning. The diagnosis, PTSD or phobia, it was not relevant to the treatment. The intervention was carried out in 16 sessions and its main components were: a) functional explanation of the disease process and its symptoms; b) control training and increased activation; c) cognitive therapy antidepressant and d) exposure therapy anxiogenic situation. The pre-post results comparative analysis shows the efficacy of treatment. Finally, we discuss the two elements that had great impact on the effectiveness of treatment: functional explanation of the development and maintenance of the disorder versus the consideration of a morbid sequel as an explanation of the symptoms and the induction of a high level of motivation for personal change despite the justification of apathy and overprotective family environment.

Keywords: Posttraumatic stress disorder, single case study, treatment motivation.

Una fobia a los cajeros automáticos con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (TEPT).

INTRODUCCIÓN.

El impacto de los sistemas de clasificación psiquiátricos de los denominados problemas psicológicos ha sido arrollador entre los psicólogos clínicos. Las explicaciones de este gran impacto han sido la sencillez del procedimiento clasificatorio y la facilidad de comunicación entre profesionales respecto a los casos tratados. Se han aducido otro tipo de razones para justificar el extenso uso de los sistemas clasificatorios descriptivos entre los psicólogos. El primero de ellos está relacionado con los programas formativos de las Facultades de Psicología y el segundo con la ausencia de un modelo del comportamiento humano que integre todo el conocimiento psicológico. En Psicología no existe un modelo global compartido como en Medicina sino que existen muchos modelos, en unas ocasiones alternativos, en otros complementarios y, en la mayoría de los casos, incoherentes y no integrables en un modelo general del comportamiento (normal y patológico).

Los sistemas de clasificación han resultado extremadamente útiles para la aproximación biologicista de los trastornos psicológicos y ha facilitado la generación de protocolos de intervención tanto en la medicina de atención primaria como especializada. El uso tan extenso entre los psicólogos clínicos de los sistemas clasificatorios basados en la frecuencia o intensidad de los síntomas (descripción de comportamientos) no tiene justificación si nos atenemos a su utilidad en la intervención clínica, ni tampoco creemos que haya contribuido, como han defendido algunos autores, a una mayor comunicación y colaboración con los profesionales de la medicina. Las actuales críticas de la psiquiatría británica a los sistemas clasificatorios con motivo de la difusión del borrador del DSM-V nos han llevado a plantear una demostración de nuestra tesis mediante la descripción de un tratamiento realizado a una persona que sufrió un atraco, mostrando que el análisis funcional del origen, del desarrollo y del actual mantenimiento del problema, proporciona las claves suficientes para acordar los objetivos del tratamiento y derivar las técnicas apropiadas al caso.

El TEPT en un caso de robo con violencia.

Se entiende por suceso traumático “... *aquellos sucesos negativos, vividos de forma brusca, que generan temor e indefensión, ponen en peligro la integridad física o psicológica de una persona y dejan a la víctima en una situación emocional que es incapaz de afrontar con sus recursos psicológicos habituales...*” (pag. 205, Kilpatrick, Saunders, Amick-McMullan, Best, Veronen y Jesnick, 1989). Los robos con violencia podrían considerarse sin duda sucesos traumáticos. Pero no todas las personas reaccionan igual ante una situación amenazante o peligrosa, ni todas son igual de vulnerables a sufrir algún tipo de alteración psicológica como consecuencia de ello. Robles y Medina (2002) señalan que la respuesta del afectado depende de las características del propio organismo sometido a la amenaza y de las variables del contexto en el momento del suceso y, posteriormente, a lo largo de su resolución. Así, las personas, ante situaciones amenazantes, reaccionan psicofisiológicamente preparándose para protegerse. Estas conocidas reacciones al estrés afectan al individuo durante un breve tiempo pero si se repiten frecuentemente, con duración o intensidad

exageradas acaban dando lugar a complicaciones de carácter crónico del conjunto del sistema de respuesta al estrés o de algunas de sus respuestas específicas. En algunos casos, como consecuencia de imaginar y revivir la situación amenazante repetidamente, se provocan las mencionadas alteraciones crónicas agrupadas en el DSM-IV, en un conjunto de síntomas del denominado Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).

Los datos de prevalencia del TEPT, muestran que su desarrollo en personas objeto de cualquier delito puede alcanzar el 25% de las víctimas, pudiendo ascender hasta un 50-60% en el caso de mujeres agredidas sexualmente o víctimas de malos tratos (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997). En esta misma línea, autores como Wittchen et al. (2009) señalan que el TEPT puede estar presente en el 15-30% de quienes sufren un suceso traumático, con tasas de hasta el 70% en el caso de víctimas de terrorismo y agresiones sexuales.

Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta (1997) proponen que un suceso traumático genera el TEPT cuando supera el umbral para el trauma de una persona y repercute negativamente en su nivel de funcionamiento habitual. Así, las reacciones psicológicas a un acontecimiento traumático varían en función de la proximidad temporal del suceso, clasificándose como TEPT cuando la sintomatología aparece tras haber transcurrido como mínimo cuatro semanas del suceso o permanezca mucho más de cuatro semanas. En el caso de que dicha duración fuera inferior a cuatro semanas y superior a los dos días, se hablaría de un Trastorno por Estrés Agudo (TEA) (APA, 2002). Según el DSM-IV-TR (APA, 2002) el TEPT, que puede iniciarse a cualquier edad, aparece ante la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, donde la persona se ve envuelta en hechos que suponen un peligro para su vida, o cualquier otra amenaza para su integridad física o la de otros, ya sea porque los ha experimentado, presenciado o se los han explicado; reaccionando ante ellos con temor, desesperanza u horror intensos. Los acontecimientos traumáticos, que son obra de otros, pueden originar un TEPT especialmente grave o duradero, debido a la quiebra de confianza en los humanos que conlleva. El cuadro sintomático característico, secundario al suceso incluye: a) la presencia de re-experimentación persistente del suceso, en forma de pesadillas, imágenes o recuerdos constantes e involuntarios; b) la evitación continuada de los estímulos asociados al mismo y embotamiento de la reactividad general de la persona y c) un aumento de la activación que se plasma en síntomas persistentes tales como dificultades de concentración, irritabilidad, hipervigilancia y respuestas de sobresalto, o dificultades para conciliar o mantener el sueño.

En relación al tratamiento, se ha comprobado la eficacia de la terapia cognitivo-conductual y la farmacoterapia (concretamente los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina). Respecto al tratamiento psicológico se recomienda el empleo de técnicas centradas en el episodio desencadenante, incluyendo: exposición prolongada al suceso traumático, terapias cognitivas, desensibilización y técnicas de regulación emocional.

Los modelos propuestos para explicar este tipo de problemas, incluyen desde modelos puramente conductuales, a otros de carácter más cognitivo, pasando por la integración de aspectos de carácter biológico. Así, diferentes autores han propuesto modelos desde la Teoría del Aprendizaje (Keane et al. 1985; Corral, Echeburúa y Sarasua, 1989; Astin y Resick, 1997), en ocasiones utilizando conceptos de otros marcos teóricos como la Teoría del Procesamiento Emocional (Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock, 1991; Foa, Zinbarg y Rothbaum, 1992), la Teoría del Procesamiento de la Información (Resick y Schnicke, 1992),

el Modelo SPAARS (Dalglish y Power, 1999), o la Teoría de la Representación dual (Brewin, 1989; Brewin, Dalglish y Joseph, 1996; Brewin, 2001).

Aunque la documentación sobre modelos es muy amplia, la incoherencia conceptual de sus descripciones y el sustrato empírico de los mismos, no permite sintetizar un procedimiento claro para la evaluación y tratamiento de estos casos. Por ello ahora presentaremos la información del caso de manera que podamos realizar un análisis funcional de su origen, desarrollo y mantenimiento que nos permita diseñar un programa de tratamiento ajustado a las características de la persona (motivación, experiencia, conocimientos y habilidades) y de su entorno.

IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE y MOTIVO DE CONSULTA.

Se trata de es una mujer de 25 años que vive en casa de sus padres y acude a consulta porque, desde hace aproximadamente dos meses, siente constantemente angustia y temor; tiene dificultades para concentrarse y por la noche sufre frecuentes pesadillas que llegan a despertarla. En el momento de la consulta no trabaja y vive en casa de sus padres. Estos problemas se iniciaron a raíz de un robo con violencia e intimidación en un cajero automático, en un viaje de fin de semana. Describe el robo con grandes dificultades emocionales cuando finalmente asume que es imprescindible para el tratamiento. No puede recordarlo con claridad, pero cree que fueron dos personas que le amenazaron con un cuchillo. Todo fue muy rápido. Ella había ido a sacar dinero para pagar la cuenta del restaurante en el que invitaba por su cumpleaños a un grupo de amigos. Contándose se puso a llorar, nerviosísima, con todos los amigos alrededor preguntando, insistiendo en los detalles y valorando lo grave y peligroso que hubiera podido ser. Habían ido a pasar el fin de semana a una ciudad cercana. Después, todos más calmados, fueron a poner la denuncia y se retiraron a dormir pero el tema de conversación era recurrente y la fiesta prevista acabó abruptamente. La ansiedad, el temor y la preocupación se acentuaron cuando, al poner la denuncia, uno de los policías le recriminó el haber ido sola y de noche en una zona poco frecuentada, infravalorando los riesgos. La vuelta a casa al día siguiente fue triste. Ella estaba ensimismada y los recuerdos sobre la noche anterior iban y venían frecuentemente.

Desde entonces todo ha ido a peor. Refiere encontrarse *“en constante alerta, temerosa de que le pueda volver a ocurrir e incluso le pase algo peor”* aunque antes era autosuficiente trabajaba y estaba planeando irse a vivir con su novio. Señala que desde este suceso se siente *“triste y abatida, con un gran sentimiento de inutilidad e incapacidad para hacer frente a la situación”*. En los días siguientes al robo, se sorprendió cruzando la calle cuando veía un cajero en su propia acera. Después evitaba todos los cajeros estando alerta constantemente. Finalmente redujo las salidas de casa por miedo a que le ocurriera *“algo”* en la calle. Empezó a evitar todas aquellas situaciones donde considera que es más probable que le vuelvan a atacar (lugares poco iluminados o con poca gente). Sin embargo, el miedo se ha ido generalizando a otras situaciones. La paciente señala que, actualmente, estar en la calle le genera una ansiedad elevada, presentando sudoración, taquicardias, pensamientos catastrofistas e hipervigilancia. Además, refiere que cada vez se siente más triste y sin ganas de hacer nada.

Todo esto ha repercutido negativamente en la vida de P. A nivel social, ha reducido drásticamente su actividad, dejando de salir prácticamente con sus amigos, sin una

explicación razonable. A nivel laboral, ha rechazado un trabajo que había solicitado meses antes, a fin de “evitar situaciones peligrosas”. Además, en el momento de acudir a consulta, se encuentra inmersa en un proceso de evaluación y selección académica y laboral (exámenes, candidatura a trabajo...) que le está generando irritación, desasosiego y ansiedad, con dificultades para concentrarse y tomar decisiones. Teme irse a vivir con su pareja, a la vivienda que han comprado en una zona nueva poco habitada. Estos problemas están repercutiendo negativamente en las relaciones sociales y, especialmente, en las relaciones con su madre. Pese a todo, su novio le llama varias veces al día y su madre le insiste en que no se sienta culpable, haciéndole ver que es normal que tenga miedo.

La paciente no ha recibido tratamientos previos, ni presenta otros problemas de salud, y se ha negado a acudir a consulta médica por considerar que “no necesita medicación”. Sin antecedentes de tratamientos psicológicos ni psiquiátricos previos en la familia. Acude a consulta animada por su novio y arguye como principal motivación para someterse a tratamiento comenzar a convivir con él, para lo que necesita trabajar y, por tanto, desplazarse de forma autónoma.

En líneas generales y hasta el momento del robo, se describe como una persona con una importante red social, activa, autosuficiente, estable, sociable y sin miedos graves. Se cree exigente consigo misma y muy querida por la gente que la rodea. Hasta el momento del robo, tenía un estilo de vida saludable. Ahora ha dejado de hacer deporte y no mantiene los hábitos diarios de sueño o alimentación, habiendo reducido la cantidad, calidad y frecuencia de las ingestas.

Técnicas de Evaluación.

Después de las primeras sesiones se emplearon diversos procedimientos para la recogida de información pre-tratamiento guiados por un pre-diagnóstico de TEPT. La entrevista clínica y los autorregistros tenían como objetivo estudiar la evolución del problema hasta el momento actual, los factores desencadenantes, predisponentes y mantenedores del mismo, así como las áreas más afectadas de la vida de la persona, siguiendo las pautas habituales del procedimiento de evaluación conductual. Las siguientes escalas e inventarios se utilizaron para obtener una medida previa del caso: Inventario de Depresión de Beck (BDI, Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS del TEPT, Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta & Sarasua, 1997b), Escala de Autoestima (EA, Rosenberg, 1965), Escala de Inadaptación (EI, Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000), Inventario de Cogniciones Postraumáticas (ICP, Foa, Ehlers, Clark, Tolin & Orsillo, 1999). Se diseñaron autorregistros específicos a lo largo del proceso para evaluar las situaciones generadoras de malestar, los pensamientos disruptivos, las estrategias de afrontamiento empleadas, la frecuencia de lloros, las conversaciones sobre el suceso con su novio y con su madre, las pesadillas y los encuentros con sus amigos.

Los datos de la pre-evaluación revelaron la presencia de: a) un nivel moderado de depresión; b) elevados niveles de ansiedad-estado frente a niveles más bajos de ansiedad-rasgo; c) alta frecuencia de re-experimentación del suceso; d) evitación de cualquier situación asociada al trauma; e) hiperactivación tanto en sesión como en casa; f) puntuaciones por debajo del punto de corte en la Escala de Autoestima; g) cogniciones negativas significativas

acerca de sí misma y el entorno, con atribuciones internas respecto a su problema, y h) la fobia inicial y su desarrollo hasta el momento de la evaluación, ha afectado a todas las áreas de la vida de la paciente, con especial incidencia en su vida social.

El diagnóstico según el sistema de clasificación multiaxial del DSM-IV-TR (APA, 2002), estableció la presencia en el Eje I, de un Trastorno por estrés postraumático agudo [309.81] y un Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado [296.21].

El análisis funcional del caso, que constituyó la base para fijar la estrategia de tratamiento y las técnicas que potencialmente se podrían usar para alcanzar los objetivos del mismo, se describe a continuación.

FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO: análisis funcional del origen, desarrollo y mantenimiento actual del problema.

El análisis de los datos anteriormente expuestos puso de manifiesto que el problema se inició a partir del robo con violencia (EI) dos meses antes de que la paciente acudiera a consulta. Este hecho le generó un gran temor y malestar (RI) que quedó asociado, por condicionamiento clásico, a todos aquellos estímulos presentes (por contigüidad física y temporal) en el momento del hecho (cajero automático, nocturnidad, calle) generalizándose, con el tiempo, a otros estímulos inicialmente neutros (de día, bancos, lugar solitario, etc.). El EI inicial (el asalto con intimidación) resultó un potente estímulo capaz de provocar, en un solo ensayo, un gran temor y ansiedad asociada a los ECs presentes. La persona, además, revivió en sucesivas descripciones del suceso (a los amigos, a la policía, a la familia etc.) el episodio traumático, manteniendo la intensidad del EI al señalar los interlocutores que pudiera haber sido mucho peor. Así mismo, los recuerdos recurrentes del suceso actuarían igualmente como estímulos condicionados, generando respuestas de ansiedad por asociación con la experiencia traumática en numerosos ensayos de condicionamiento encubierto. El proceso de generalización en las semanas siguientes al evento, unido a la evitación cognitiva y conductual de los diversos ECs (cajeros, bancos, calle, salir de casa sola) estaría manteniendo el problema por reforzamiento negativo, puesto que la conducta de evitación (no salir de casa) eliminaría a corto plazo el malestar (temor o ansiedad) que la exposición a los mencionados ECs implica.

De la misma forma, la atención constante del novio y la comprensión de su madre podrían estar reforzando las conductas problema, facilitando el mantenimiento de las mismas (R+). A lo largo del desarrollo del problema, las distorsiones cognitivas y el pensamiento sesgado, repercutiría negativamente en su percepción de control y, por ende, en su autoestima, incidiendo negativamente sobre su estado anímico que, unido a un descenso en la tasa de refuerzos (ej: disminución actividades gratificantes), incrementaría aún más su percepción negativa sobre sí misma y sobre el entorno fuera de casa, agravando el problema inicial e induciendo un cuadro depresivo. Por otro lado, el hecho de que actualmente esté inmersa en un proceso de evaluación y selección académica y laboral, así como la premura por obtener medios económicos para independizarse, serían elementos de estrés coadyuvantes.

TRATAMIENTO.

Tras el análisis funcional del caso y la valoración de las demandas y necesidades se consensuó como objetivo, el restablecimiento del nivel de funcionamiento previo al suceso traumático, reestructurando sus cogniciones para que intentara un afrontamiento activo del problema. Suponíamos que el inicio motivado del tratamiento, alcanzando pequeños logros, repercutiría en su autoestima y su estado anímico, de forma bidireccional, iniciando una espiral de mejora.

Se establecieron, como objetivos terapéuticos: a) la comprensión del problema, el análisis del origen y desarrollo del mismo, junto a la normalización de la sintomatología presente y el ajuste de expectativas; b) la disminución de la activación fisiológica como una forma de frenar la espiral de miedo al miedo; c) la identificación y modificación de pensamientos, supuestos y creencias irracionales en torno al miedo y a sí misma; d) controlar y, en su caso, eliminar el miedo ante estímulos ansiógenos (ECs), al igual que las conductas de evitación, impidiendo el reforzamiento positivo de las personas circundantes.

Del mismo modo, se contemplaron como objetivos generales: a) la mejora del estado de ánimo y de la autoestima; b) la recuperación de los patrones de sueño; c) la regularización de la alimentación; d) el restablecimiento y fortalecimiento de la red social y, finalmente, e) el control y prevención de las recaídas que pudieran darse.

Una vez que el paciente comprendió el inicio del problema y la evolución de sus síntomas atendiendo al análisis funcional y, en consecuencia, el nivel de motivación para el tratamiento fue suficiente, los procedimientos aplicados para tratar el caso han sido principalmente tres: a) la terapia de exposición, en la que la paciente debe enfrentarse a las situaciones temidas o, en algunas ocasiones, a las imágenes de las mismas, sin escaparse de ellas con el objetivo de evocar ansiedad y promover la habituación a ella; b) el entrenamiento en técnicas para el control general de la ansiedad (relajación y respiración), cuyo objetivo fue dotar a la paciente de una serie de habilidades para reducir su hiperactivación y hacer frente a los problemas de la vida cotidiana, y c) la reestructuración cognitiva, con el objetivo de modificar pensamientos, prejuicios y creencias irracionales especialmente asociados al hecho del trauma y a sus consecuencias (Richards y Lovell, 1999).

De esta forma, y en base al análisis funcional del problema, así como a las demandas y características de la paciente, el tratamiento de extinción del miedo y la ansiedad se llevó a cabo de manera gradual, en la medida en que la persona y su entorno comprendieron el problema; se controlaron las repuestas fisiológicas alteradas, hiperactivación, sueño y alimentación y se reorganizó el sistema cognitivo hacia una mayor coherencia lógica y autoestima. Esto permitió una mayor motivación de logro y el afrontamiento activo del problema y su tratamiento e incidió en otros aspectos complementarios como el mantenimiento de hábitos saludables, el entrenamiento en comunicación asertiva, solución de problemas y toma eficaz de decisiones. Todos estos aspectos supusieron una retroalimentación positiva con los elementos previamente mencionados de modo que muchos de los objetivos, se fueron logrando sin tratamiento específico con tan solo enunciarlo como objetivo entre sesiones.

Como ejemplo del ajuste del proceso de tratamiento al caso descrito hemos de señalar que sin duda el tratamiento específico más importante derivado del análisis funcional fue la exposición a la constelación de estímulos fóbicos en torno a los cajeros. Dado el nivel de ansiedad mostrado por la paciente, consideramos que no se podía iniciar el procedimiento habitual de exposición (primero en imágenes y luego con exposición in vivo) si no reducíamos el número de re-exposiciones a la que se sometía la paciente. Por ello dedicamos un amplio número de sesiones en explicar el por qué en el momento de la terapia, y después de tres meses desde el atraco, el grado de ansiedad y los síntomas asociados se mantenían tan elevados. No iniciamos el procedimiento hasta constatar que ella hubiera considerado todas las posibilidades y decidiera, convencida, que deseaba exponerse al procedimiento.

Por otro lado, al realizar el análisis funcional inicial y programar el tratamiento, no dimos la suficiente importancia al reforzamiento que la paciente recibía por parte de los familiares respecto a los llantos, quejas y consecuentes reexposiciones del momento del atraco. Sólo cuando se produjeron frecuentes fallos de generalización en las exposiciones in vivo repasamos todos los elementos del análisis e identificamos la posibilidad de que los parientes y allegados estuvieran reforzando las reexposiciones al atraco en imágenes que el paciente se auto administraba y que este hecho impediera el progreso de la exposición con la consecuente reducción de ansiedad. En definitiva la respuesta de ansiedad se incrementaba entre sesiones por reforzamiento de los familiares y se extinguía en las exposiciones in vivo. En este caso, además de señalar el problema a los familiares y ofrecerles alternativas a su comportamiento, entrenamos al novio de la paciente para que actuara como coterapeuta en las sesiones de generalización pautando con precisión su comportamiento. Cuando la paciente se quejara diciendo frases como “¿por qué me tiene que pasar esto a mí” o “si esto sigue así, yo me voy a morir”, instruimos a los familiares para que la animaran minimizando los síntomas “eso que te pasa no es nada” o señalando que en breve la terapia conseguiría los efectos deseados (“ya verás como pronto te recuperarás: haz lo que te dice el psicólogo”).

RESULTADOS.

Los efectos más relevantes del tratamiento en relación a los datos de pre-evaluación se han agrupado en cuatro apartados: 1) El análisis de las variables evaluadas a partir de los cuestionarios utilizados en la pre-evaluación; 2) Registro de las variables afectadas directamente por el tratamiento de exposición a los cajeros; 3) Registro de la reducción de conductas agravantes asociadas al reforzamiento de las personas de su entorno y 4) Registro del incremento de comportamientos adaptativos (los cuales se redujeron subsecuentes al desarrollo y agravamiento de la fobia inicial). Finalmente, hemos señalado las anotaciones asistemáticas del terapeuta en sesión en relación a los cambios producidos al final de la terapia.

Como puede observarse en las figuras 1 a 4, los cambios a lo largo de la intervención terapéutica fueron clínicamente significativos. Así, en la figura 1 puede observarse un descenso considerable de las puntuaciones de autoinforme a lo largo del tratamiento, tanto de la sintomatología ansiosa (STAI), en los dos constructos contemplados (ansiedad-rasgo y ansiedad-estado), como de la sintomatología depresiva, obteniéndose, según el BDI, unas puntuaciones post-tratamiento características de no depresión. Similar descenso se observa en las puntuaciones de las cogniciones negativas que presentaba la paciente tras el suceso

traumático, con respecto a las puntuaciones iniciales en el Inventario de Cogniciones Postraumáticas (y también, en los registros diarios); en las puntuaciones de Afectación Vital tras el suceso traumático (Escala de Inadaptación), así como una mejora sustancial de la autoestima (Escala de Autoestima). También se ha producido un descenso en la sintomatología (número de evitaciones y de re-experimentación) acorde a las puntuaciones de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT, hasta el punto de que en el post-tratamiento ya no cumple los criterios para tal diagnóstico.

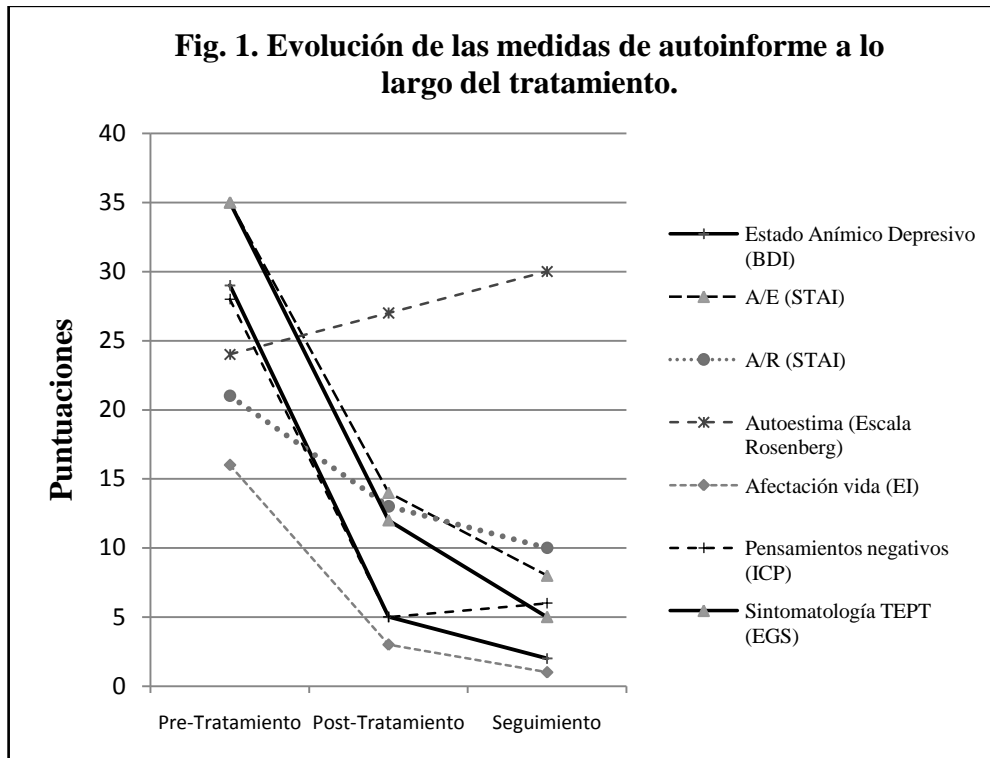


Figura 1. Evolución de las medidas de autoinforme, en las fases de evaluación pre-tratamiento, post-tratamiento, y seguimiento. Puntuaciones obtenidas a través de los siguientes instrumentos: Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS), Escala de Autoestima de Rosenberg (EA), Escala de Inadaptación (EI), e Inventario de Cogniciones Postraumáticas (ICP).

Como se observa en la Figura 2, a lo largo de las sesiones, como efecto de la exposición se produce un descenso del número de evitaciones a los cajeros y demás ECs circunstanciales como consecuencia de la reducción de la ansiedad y el progresivo aumento de las exposiciones voluntarias prescritas por la terapeuta, con el consiguiente descenso de la ansiedad y del nivel de activación, coherente con la reducción del número de episodios de re-experimentación del suceso traumático. Por otro lado, los cambios experimentados tras el tratamiento no sólo se mantienen, sino que mejoran a lo largo del seguimiento.

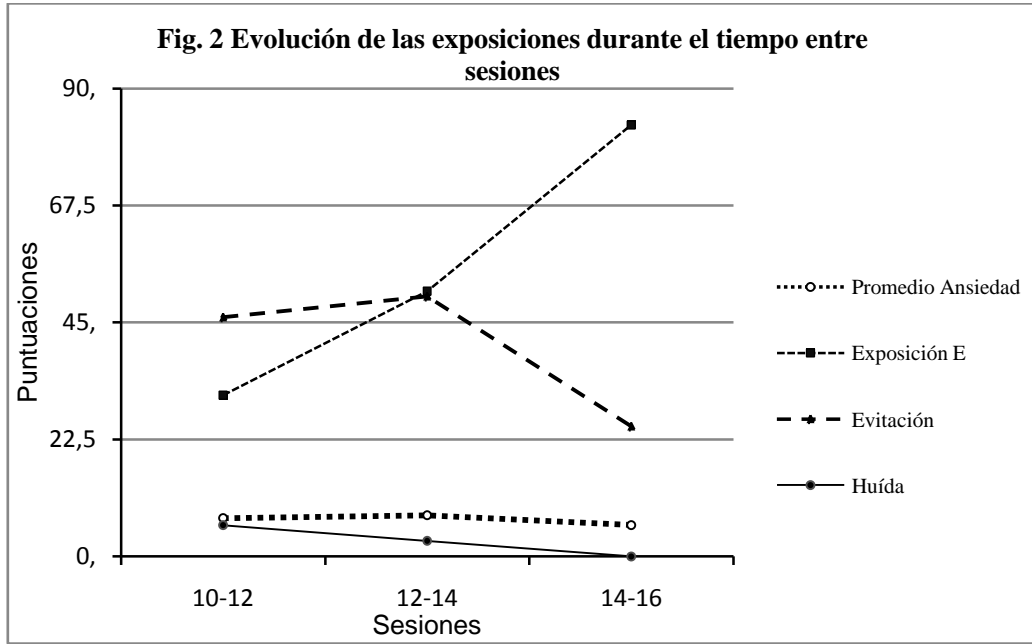


Figura 2. Evaluación mediante registro de las exposiciones durante el tiempo entre sesiones. Evolución del número de veces (en el periodo entre las sesiones señaladas) que fue capaz de exponerse por sí misma al EC (cajero), número de veces que abortó o huyó la exposición y número de veces que simplemente lo evitó, y el nivel promedio de ansiedad subjetiva (0-10) en cada exposición.

En la figura 3 se puede observar que, se reducen progresivamente, la conductas que potencialmente agravaban el problema. En el registro se aprecia un descenso del número de quejas, lloros y rememoraciones del atraco por parte de ella coincidiendo con la eliminación de los comentarios de comprensión y mimos asociados, proporcionados tanto por su madre como por su novio cuando hablan de lo que le pasó y sus consecuencias que, en el análisis funcional, considerábamos como refuerzos positivos de las conductas de queja y auto compasión de ella.

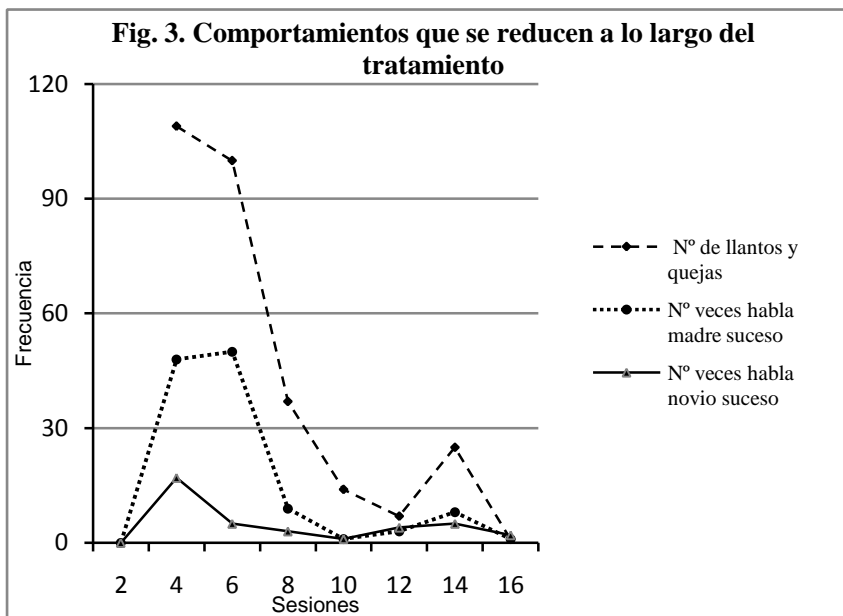


Figura 3. Evolución de conductas que se reducen a lo largo de las sesiones. Se recoge el número de veces, cada 2 sesiones de tratamiento, que la paciente refiere llorar, hablar con su madre o su novio de lo ocurrido a partir del atraco, medidas a través de autorregistros.

En la figura 4 se observa un incremento del número de días que puede concentrarse, conciliar el sueño y dormir sin pesadillas y estar con otras personas (amigos o compañeros). Dichos comportamientos aumentaron sin tratamiento específico, existiendo picos de mayor excitación coincidentes con el momento en que se enteró de la posibilidad de ir a la rueda de reconocimiento del presunto autor del robo del que fue *víctima* (sesión 8), o cuando huyó durante la exposición programada (sacar dinero del cajero) en la semana correspondiente a la sesión 14.

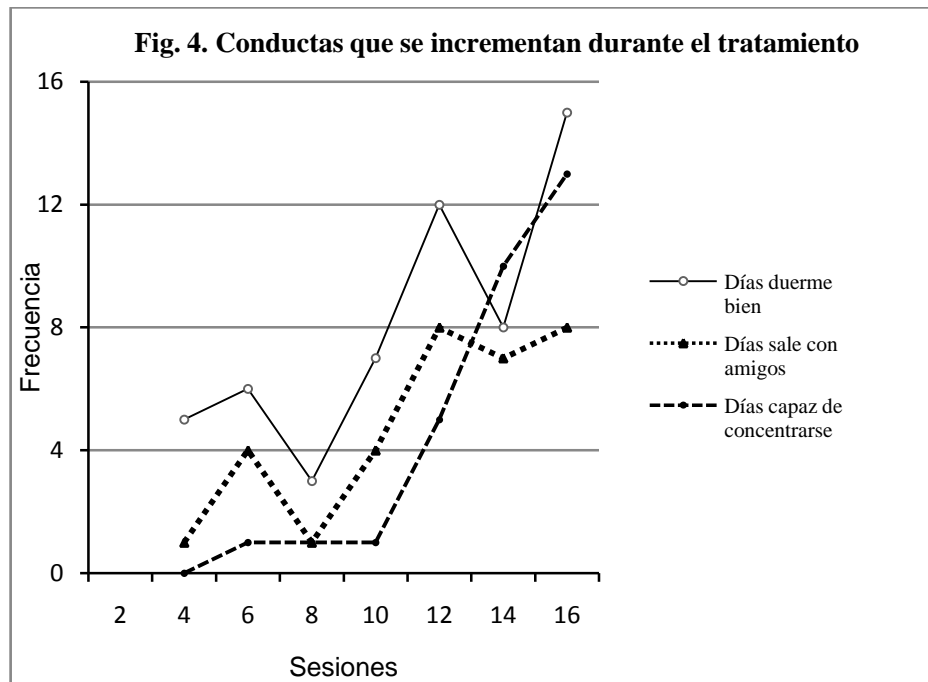


Figura 4. Comportamientos que se incrementan a lo largo de la sesiones de tratamiento. Número de días (promediadas cada 2 sesiones) que, en los autorregistros semanales se indica que ha dormido bien, ha sido capaz de concentrarse y ha realizado actividades sociales con compañeros o amigos.

Por lo que respecta a los cambios registrados por el terapeuta asistemáticamente en las sesiones de postratamiento, podemos reseñar que la paciente fue capaz de ir variando la expresión de sus cogniciones y emociones en relación al suceso traumático, con los consiguientes cambios en su discurso, que pasó de un contenido negativo, rumiativo y catastrofista con críticas hacia su propia actuación (terminología de Ellis, 1980) a un contenido positivo y auto-motivante, formulando deseos de superación, expresando su mejoría con frases como “menuda diferencia”, “no pensaba que volvería a sentirme así” o “me veo capaz de cualquier cosa”.

Otros indicadores indirectos de mejoría, constatables en las sesiones, fueron el cambio estético personal experimentado en su vestimenta, maquillaje y uso de complementos que había descuidado totalmente después del atraco. Igualmente, su postura corporal y facial, que en las primeras sesiones había sido inhibida, defensiva y tensa, pasó a ser relajada y abierta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

El presente trabajo, nace con el objetivo de describir los problemas psicológicos de una persona en el momento de iniciar tratamiento, tres meses después de un acontecimiento traumático: un robo con violencia e intimidación, que paulatinamente se agrava con el conjunto de acciones que la propia persona y su entorno familiar llevan a cabo y que con un tratamiento médico con ansiolíticos no logra frenar.

Sin embargo, el objetivo de este trabajo es demostrar que la aportación de los sistemas clasificatorios a una propuesta de tratamiento es nula cuando se trata de un tratamiento psicológico. El procedimiento seguido es mostrar la actuación desde ambas perspectivas para probar que el uso de los sistemas clasificatorios sólo ha conducido, en este caso, a nombrar de manera distinta el problema. Adjuntar una etiqueta diagnóstica ("la mujer desarrolló una fobia ese mismo día") puede llevar, en muchos casos, a tratar enfermedades en lugar de ayudar a las personas a afrontar sus problemas o, peor aún, a culpar, por sus propias características de personalidad, biológicas o evolutivas, a las personas que sufren de sus propios problemas. Desde la psicología clínica no tiene sentido culpar a una persona por sensibilizar ante un atraco (en lugar de habitar) ni podemos culpabilizarla de condicionar en un solo ensayo el miedo a los cajeros, ni de generalizar su miedo a la calle o de no tener fuerza para afrontar sus desgracias. Ni siquiera se puede culpar a su entorno familiar por haber justificado y reforzado su incapacidad de afrontar por sí misma el problema.

Nuestra propuesta es la siguiente: evaluar con precisión es condición sin la cual no se pueden formular hipótesis explicativas del caso objetivamente comprobables. En Psicología Clínica se entiende que conocer las causas del origen y mantenimiento del problema en el proceso de evaluación, determina los objetivos y la estrategia del tratamiento. Las técnicas que finalmente se utilicen, no vienen determinadas por los objetivos sino que son ajustes eficientes y emocionalmente facilitadores del aprendizaje, de la resolución del caso. Para el objetivo "la extinción de las respuestas de ansiedad ante un EC como un cajero automático", podemos usar técnicas como la DS, exposición *in vivo*, modelado de afrontamiento al miedo, entrenamiento en relajación, etc., eligiendo aquella que consideramos que es más eficiente. Por el contrario, la evaluación precisa, cuyo objetivo es adjudicar una apropiada etiqueta diagnóstica, aporta claridad y precisión en la diferenciación de trastornos y casos. Su grado de utilidad determina el nivel de definición y coherencia del sistema clasificatorio, pero no aporta, porque no es su función, conocimiento sobre el problema o el caso, ya que dicha función recae en la psicología general o, más específicamente, en la psicopatología. Podríamos diagnosticar adecuadamente mediante evaluación precisa si dispusiéramos de modelos y teorías psicopatológicas bien asentadas y reconocidas en la comunidad y de un sistema clasificatorio bien definido, y creemos que, al menos el primer supuesto, no es válido actualmente.

Siguiendo este planteamiento, hemos evaluado la eficacia de un tratamiento psicológico basado en las prácticas clínicas habituales derivadas de los modelos conductuales: a) evaluación previa (para analizar funcionalmente el problema y proponer la aceptación del posible plan de intervención); b) diseño de una estrategia de intervención con un cronograma apropiado a las características del caso en el momento de la intervención; c) ejecutar el tratamiento derivado del análisis funcional que obviamente incluye técnicas derivadas de los distintos tipos de aprendizaje: habituación, condicionamiento e instrucciones (cognitivo); d) evaluación postratamiento para constatar la eficacia y eficiencia de toda la intervención y,

finalmente, e) un plan de seguimiento para evaluar el mantenimiento de los logros, el proceso de generalización de lo aprendido y el grado de autocontrol para el afrontamiento de futuros problemas.

El procedimiento seguido en el tratamiento, tal como ya hemos descrito, no difiere de lo que la mayor parte de los autores señalan como tratamiento apropiado para personas víctimas de un robo con violencia e intimidación que desarrollan una sintomatología propia de una fobia y un trastorno de estrés postraumático TEPT. Se aplicaron técnicas que generalmente se agrupan bajo los siguientes epígrafes: a) psicoeducación (explicación funcional de la sintomatología, de la terapia psicológica, del probable curso de los problemas, de las razonables expectativas de resolución que tiene el terapeuta y del trabajo y esfuerzo a realizar por la persona); b) entrenamiento en control de la activación (técnicas de relajación y respiración y su uso a lo largo de la exposición a los estímulos elicidores de respuestas emocionales extremas); c) terapia cognitiva para reducir la frecuencia de ideas negativas y disfuncionales (terapias racionales, parada de pensamiento, autoinstrucciones) y d) terapia de exposición (exposición a situaciones provocadoras de respuesta exageradas de ansiedad en imágenes y en vivo con prevención de respuesta).

Como se deriva de la lectura de este caso, el diagnóstico de TEPT sugiere técnicas que podría parecer que pueden aplicarse con independencia del caso cuando lo cierto es que las técnicas son aplicaciones específicas de un proceso de aprendizaje a un caso particular como hemos visto anteriormente respecto a la exposición. Desde nuestro punto de vista un diagnóstico basado en la agrupación de síntomas que se califican de graves (por su frecuencia o intensidad) y de agudos o crónicos por la duración y estabilidad de los mismos sólo determina el conjunto de objetivos que obviamente deberían de alcanzarse en el proceso terapéutico. En el caso que nos ocupa, el paciente, como resultado de la terapia debería alcanzar objetivos como: no temer a los cajeros, debería poder salir a la calle cuando lo deseara, dormir 7 u 8 horas y no sentirse deprimido. El conjunto de síntomas o conductas que permiten la clasificación son, al mismo tiempo, los objetivos terapéuticos y el logro de dichos objetivos lleva a la eliminación del diagnóstico previo.

Sin embargo el análisis funcional al estudiar el origen, constitución y mantenimiento del problema planteado por la persona y su incapacidad para afrontarlo por sí misma, muestra un procedimiento ordenado de objetivos y procedimientos de aprendizaje que, entre los clínicos, se nombran, con diverso grado de precisión como técnicas. Del análisis funcional (AF) de un caso, el psicólogo puede deducir qué hacer y cómo lograrlo, es decir, realizar un tratamiento psicológico. En el caso que nos ocupa, el AF sugiere que, antes de iniciar el tratamiento de exposición, el paciente entienda claramente cuál fue, en su caso, el proceso de deterioro desde el momento del atraco hasta el inicio del tratamiento. Igualmente sugiere, extinguir el reforzamiento positivo de los síntomas de ansiedad (llores, quejas y re-exposiciones al atraco) por parte de la familia, antes de iniciar la técnica de exposición. A lo largo de la aplicación de la técnica de exposición a los EE condicionados de la respuesta de ansiedad, se demostró, a pesar de nuestras pretensiones, que el objetivo de que los familiares no reforzaran las conductas de re-exposiciones, llores y quejas no se había logrado, lo que explicaba los problemas de generalización en la reducción de la ansiedad debido al reforzamiento de las respuestas alternativas a la reducción de ansiedad que lograba la exposición.

El análisis de los resultados del tratamiento, muestra diferencias claras entre las puntuaciones pretratamiento y postratamiento en todas las variables (conjuntos de síntomas) propias del TEPT, depresión, autoestima, ansiedad, inadaptación a la vida cotidiana o cogniciones postraumáticas, además de en otros elementos colaterales relativos a la presencia física, la vestimenta o el arreglo personal.

La historia del caso, podría ser contada de un modo diferente, sin tener en cuenta el DSM, como señala Virués (2004). Se trataría de un caso de fobia que, como hemos indicado en el apartado de análisis funcional, se desarrolla a partir de un solo ensayo de condicionamiento aversivo, especialmente amenazante, con peligro para la vida de la víctima. Ni la gravedad de los síntomas, ni el hecho reconocible de un episodio aversivo importante con amenaza para la vida, ni la prolongación y extensión de los problemas en la vida de un individuo a partir y como consecuencia de un episodio traumático (aversivo, amenazante, con heridas o daños graves), son elementos críticos para determinar si se trata de una fobia o de un TEPT pero aún en el caso de un diagnóstico diferencial correcto, su clasificación no determina ni el tipo de tratamiento ni su eficacia (Carlat, 2010). Las técnicas propuestas en ambos casos son similares, dado que los objetivos son idénticos y las técnicas no son más que modos diferentes de presentar la tarea de aprendizaje a una persona con su historia particular. Lo que pretendemos señalar es que el AF es el procedimiento que señala con precisión la estrategia a seguir, lo que es crucial para el éxito del tratamiento, aún cuando, nominalmente, las técnicas señaladas sean las mismas. Este planteamiento según el cual un diagnóstico señala un conjunto de técnicas que constituyen un tratamiento para una tipología de casos, ha llevado al fracaso en el análisis de las causas de la eficacia de los tratamientos psicológicos. Los más citados metanálisis realizados regularmente desde los años ochenta (Smith, Glass y Miller, 1980) sólo han logrado señalar que todas las técnicas y tratamientos son igualmente eficaces y que los años de experiencia del terapeuta explican una parte importante del éxito del tratamiento.

Carlat (2010) e Infocop online (2012) en una entrevista a G. Reed (director de la Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento de CIE-11, OMS), señalan que los diagnósticos en salud mental, son subjetivos (desde la perspectiva del evaluador) y, en un amplio número de tipologías, los síntomas son coincidentes entre ellas, por lo que la labor de la psicología, debería ir encaminada a mejorar la situación funcional de las personas, independientemente del diagnóstico asignado. Si, efectivamente, podemos asignar diferentes tipologías a un mismo caso, sin que ello determine, la descripción precisa del caso evaluado, la valoración diferencial de la gravedad de los síntomas, la limitación funcional de la persona o su tratamiento psicológico, entonces, el intento sistemático de clasificación en la Clínica psicológica no tendría utilidad. En este sentido, las críticas que el *National Institute of Mental Health* (NIMH) ha hecho al sistema de clasificación de las Enfermedades mentales (DSM) poniendo en duda su valor y utilidad práctica y, las que desde la psiquiatría inglesa se han hecho a los sistemas clasificatorios en psicopatología (especialmente a la nueva versión del DSM-V) deberían ser tenidos en cuenta (Whitaker, 2011; INFOCOP, 8 y 24 de mayo de 2013). Finalmente el trabajo recientemente publicado por Timimi (2014) documenta con mucha precisión por qué habría que abandonar los sistemas clasificatorios DSM e ICD desde la propia perspectiva de la medicina.

Quizá sea más productivo para la psicología clínica determinar mediante la evaluación y el AF: 1) una guía o árbol de decisiones del plan de tratamiento que facilite la actuación del clínico, fijando el conjunto de objetivos terapéuticos, organizando la secuencia

de aprendizajes y fijando las técnicas más apropiadas para cada persona y 2) analizar los procesos que hacen más eficiente la terapia, es decir, los tipos de aprendizaje que operan en la sesión clínica a través de la interacción con el terapeuta y los aprendizajes que operan a través de la experiencia en el espacio entre sesiones como consecuencia del seguimiento de las instrucciones del psicólogo.

REFERENCIAS.

- Asociación de Psiquiatría Americana, APA (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª Edición). DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Astin, M. C. y Resick, P. A. (1997). Tratamiento cognitivo conductual del trastorno por estrés postraumático. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos* (pp. 171-209). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression: A treatment manual*. Nueva York: Guilford.
- Brewin, C. (1989). Cognitive change processes in psychotherapy. *Psychological Review*, 96 (3), 379-394.
- Brewin, C., Dalgleish, T. y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103 (4), 670-686.
- Brewin, C., Andrews, B. y Valentine, J. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 748-766.
- Brewin, C. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373-393.
- Carlat, D. (2010). *Unhinged: The Trouble with Psychiatry. A Doctor's Revelations About a Profession in Crisis*. N.J. Free Press.
- Carlson, E. B., Putnam, F. W. (1993). *An update on the Dissociative Experience Scale*. *Dissociation*, 6, 16-27.
- Colegio Oficial de Psicólogos, COP. (2013). *Los psiquiatras se suman a la abolición del DSM y el CIE y apoyan el modelo de rehabilitación en salud mental*. Infocop. Recuperado el 24 de mayo de 2013: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4586.
- Colegio Oficial de Psicólogos COP (2013). *El National Institute of Mental Health de EE.UU. abandona la clasificación DSM*. Infocop. Recuperado el 8 de mayo de 2013: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4564
- Corral, P., Echeburúa, E. y Sarasua, B. (1989). Estrés postraumático en víctimas de violación. En E. Echeburúa (dir.), *Estrés: problemática psicológica y vías de intervención* (pp. 26-47). San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- CIE-10 (Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades) (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Dalgleish, T. (1999). Cognitive theories of post-traumatic stress disorder. En W. Yule (Ed.), *Post-Traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy* (pp.193-220). Chichester: John Wiley y Sons Ltda.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 7-19.

- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997b). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 (90), 503-526.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Trastorno de Estrés Postraumático*. En Vallejo, M. (ed.), Manual de Terapia de Conducta (Vol. 1). Madrid: Dykinson.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26 (107), 325-340.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de delitos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. Madrid: Desclée de Brouwer, S. A.
- Evans, S.C., Reed, G.M., Roberts, M.C., Esparza, P., Watts, A.D., Mendonça-Correia, J. Ritchie, P., Maj, M. y Saxena, S., (2013) Psychologists perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: Results from the WHO-IUPsyS Global Survey. *International Journal of Psychology* 48, 3, 177-193.
- Foa, E., Rothbaum, B., Riggs, D. y Murdock, T. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (5), 715-723.
- Foa, E., Zimbarg R. y Rothbaum, B. O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in posttraumatic stress disorder: an animal model. *Psychological Bulletin*, 112, 218-238.
- Foa, E. B. y Riggs, D. S. (1995). Posttraumatic stress disorder following assault: theoretical considerations and empirical findings. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 61-65.
- Foa, E., Ehlers, 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.
- Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., Zimering, R. T, y Bender, M. E. (1985). A behavioral approach to assessing and treating posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans, en C. R. Figley (dir.), *Trauma and its wake: The study and treatment of posttraumatic stress disorder*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Kilpatrick, D. G, Saunders, B. E, Amick-Mc-Mullan, A., Best, C. L., Veronen L. J., y Jesnick, H. S. (1989). Victim and crime factors associated with the development of crime related PTSD. *Behavior Therapy*. 20.199-214.
- CIE-11 o DSM-V. ¿Cuál debemos usar?. Entrevista a G. RReed. Infocop. Recuperado el 11 de abril de 2012 http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3922
- Resick, P. y Schnicke, M. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-760.
- Richards, D. y Lovell, K. (1999). Behavioural and cognitive interventions in the treatment of PTSD. En W. Yule (Ed.), *Post-Traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy* (pp. 239-266). Chichester: John Wiley and Sons Ltda.
- Robles, J. I., y Medina, J. L. (2002). *Intervención Psicológica en las catástrofes*. Madrid: Síntesis.
- Rosenberg, A. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton.
- Smith, M.L. y Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E., (1970). STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire). Palo Alto. California: Consulting Psychologists Press.

- Timimi, S. (2014) No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 14, 208---215.
- Virués Ortega, J. (2004) Análisis funcional y tratamiento de un paciente con graves problemas de conducta diagnosticado de trastorno límite de la personalidad. *International journal of clinical and health psychology*, Vol. 4, N°. 1, 2004 , págs. 207-232.
- Whitaker R. (2011). *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. N.J. Crown.
- Wittchen, H. U., Gloster, A., Beesdo, K., Schönfeld, S. Y. y Perkomigg, A. (2009). Posttraumatic stress disorder: Diagnostic and epidemiological perspectives. *CNS Spectrums*, 14 (supl. 1), 5-12.

