

## **PSICOLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: UN ANÁLISIS DE CASO**

Hernán Darío Lotero Osorio<sup>1</sup>

Ana María Arias Zuleta<sup>2</sup>

## **EVIDENCE-BASED PSYCHOLOGY AND POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER: A CASE STUDY**

---

<sup>1</sup> Psicólogo, Magister en Psicoterapia y docente cátedra de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana.

<sup>2</sup> Psicóloga, Magister en Psicología Clínica, Especialista en psicología clínica y docente cátedra de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana.

La correspondencia relativa a este artículo debe dirigirse a [hernandario.lotero@upb.edu.co](mailto:hernandario.lotero@upb.edu.co) o [anamaria.ariaszuleta@gmail.com](mailto:anamaria.ariaszuleta@gmail.com). Para citar este artículo: Lotero, H.D. y Arias-Zuleta. A.M. (2015).

## **Psicología basada en la evidencia y trastorno de estrés postraumático: un análisis de caso**

Este estudio presenta una intervención de caso único en una paciente con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático y de depresión mayor asociada. Para el tratamiento se implementaron terapias con evidencia empírica. En la fase de evaluación se empleó la escala de trauma de Davidson, el inventario de depresión de Beck y una entrevista clínica. Después de proponer los objetivos terapéuticos, se aplicó la terapia de exposición prolongada y la terapia cognitiva conductual. La intervención se desarrolló durante 19 sesiones de tratamiento y se utilizaron técnicas de psicoeducación, exposición, reestructuración cognitiva, respiración y orientación vocacional. Finalizado el tratamiento se redujeron considerablemente los síntomas ansiosos y depresivos, y se presentó una reincorporación a ambientes sociales y educativos de la paciente. Estos resultados son congruentes con la evidencia científica disponible que soporta los altos niveles de eficacia de estas terapias para la intervención de estos trastornos.

**Palabras clave:** Trastorno de estrés postraumático, psicología basada en la evidencia, terapia de exposición prolongada y diseño de caso único.

## **Evidence-based psychology and posttraumatic stress disorder: a case study**

This study presents an intervention of a unique case of a patient diagnosed with post-traumatic stress disorder and elder associated depression. For the treatment therapies with empiric evidence were used. In the evaluation phase the Davidson trauma scale, the Beck inventory of depression and a clinical interview were implemented. After proposing the therapeutic objectives it was applied the therapy of prolonged exposure and cognitive behavioral therapy, the intervention went through 19 treatment sessions and it were implemented techniques of psycho-education, exposure, cognitive restructuration, breathing and vocational counseling. By the end of the treatment the anxious and depressive symptoms were diminish considerably and reinstatement to social and educational environments of the patient is present. These results are consistent with the scientific evidence available that held high levels of accuracy in these therapies to intervene these disorders.

**Keywords:** Posttraumatic stress disorder, evidence based practice psychology prolonged exposure therapy and case study.

## Psicología basada en la evidencia y trastorno de estrés postraumático: un análisis de caso

### INTRODUCCIÓN

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una condición mental que se caracteriza por la aparición de una serie de síntomas característicos que siguen a la experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso o sucesos extremadamente traumáticos a los que la persona respondió con miedo, impotencia u horror (APA, 2013). Este trastorno puede presentarse después de la exposición a eventos en los que exista riesgo a la integridad física, posibilidad de perder la vida o amenaza de muerte, y la ocurrencia de lesiones graves (Rauch y cols., 2009).

A nivel mundial, se estima que el 8,0% de los habitantes desarrollarán trastorno de estrés postraumático en algún momento de sus vidas (Brousse, y cols., 2011). Se refiere que esta condición presenta una “prevalencia anual entre los adultos de Estados Unidos de aproximadamente el 3,5 %” (American Psychiatric Association, 2013, p. 276). En Colombia según el estudio nacional de salud mental (2003) se presenta en el 1,8% de la población, evidenciando mayor frecuencia en mujeres que en hombres; encontrando porcentajes del 2,5% y 0,8% respectivamente. La edad de inicio de los trastornos de ansiedad estuvo entre los 6 y los 24 años, y para el caso del estrés postraumático la edad media de aparición fue de 24 años, y fue más común en personas sin ningún nivel de escolaridad, sin pareja actual y en amas casa. En la ciudad de Medellín también se han realizado mediciones de la prevalencia de este fenómeno, en el primer estudio poblacional de salud mental de Medellín (2012) se encontró que el 1,2% de la población presentó esta condición entre los años de 2011 y 2012; entre ellos el 0,4% eran hombres y 1,5% mujeres.

El manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales en su quinta edición (DSM-5) lo categoriza como una entidad perteneciente a los trastornos relacionados con traumas y factores estrés. Este define que dicho trastorno aparece como consecuencia de la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual (de forma real o en amenaza). También refiere que el acontecimiento traumático puede re-experimentarse en forma de recuerdos, estados disociativos, memorias retrospectivas (flashbacks), sensaciones físicas o reactivaciones fisiológicas. Menciona además, que el individuo que lo presenta suele evitar de modo persistente los estímulos relacionados al trauma y presenta alteraciones cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático. Afirma que esta condición presenta también una alteración importante del estado de alerta y de reactividad del sujeto, y menciona que para su diagnóstico su curso debe ser superior a un mes de duración (American Psychiatric Association, 2013).

Al examinar la sintomatología, se puede mencionar que la experiencia traumática y el factor emocional asociado al evento son componentes esenciales en este trastorno. Es importante en este punto, para el entendimiento completo de esta psicopatología, que se realice una definición del concepto de emoción, su función y relación con los eventos traumáticos. Así bien, las emociones son experiencias afectivas en cierta medida agradables

o desagradables, que supone una cualidad fenomenológica característica y que compromete tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico-adaptativo (Chóliz, 2005). Behr (2009) señala que las emociones tienen una función adaptativa, lo que permite responder ante las exigencias ambientales y emitir conductas dependiendo de la emoción que fue activada. Es decir, las emociones son entonces estructuras que facilitan la relación con los estímulos ambientales y la posterior respuesta ante ellos, esto con el fin de favorecer al proceso de adaptación.

Bados (2005) reafirma la existencia de 8 emociones básicas: alegría, confianza, miedo, sorpresa, tristeza, aversión, ira y anticipación, las cuales permiten al individuo dar respuesta ante las demandas del ambiente. En el caso particular del TEPT, la persona aprende a responder con miedo y ansiedad desproporcionados ante ciertos estímulos y desarrolla una aprensión o expectativa ansiosa a volver experimentar las respuestas condicionadas de miedo (Foa, Hembree y Rothbaum, 2007). Estas emociones, la ansiedad y el miedo (en su función adaptativa), se relacionan con el cuidado y la conservación propia, por lo tanto permiten facilitar respuestas de escape o evitación ante una situación peligrosa (Kryptos, Arnaudova, Effting, Kindt, y Beckers, 2015), pero en el TEPT, esta aprensión ansiosa implica un procesamiento defectuoso de la información junto con un gran afecto negativo, que lleva a la aparición de los síntomas emocionales (Bados, 2005).

Existe también otra emoción implicada en este trastorno: la tristeza. Esta emoción ayuda a la transmisión de estados de malestar interno para generar en los demás empatía o comportamientos altruistas (Lench, Tibbett and Bench, 2016). En el TEPT, esta emoción se presenta porque la experiencia traumática “modifica las expectativas, atribuciones, interpretaciones o, en general, las creencias de la persona” (Bados, 2005, p. 12) llevando con esto a facilitar la aparición de recuerdos asociados al evento, a la activación de síntomas fisiológicos y al uso de conductas de evitación (Foa y cols., 2007). Siguiendo en la misma línea, es congruente pensar que existe una alta comorbilidad entre los trastornos que tienen como elemento central las emociones de ansiedad y de tristeza. La APA (2013, p. 280) menciona que “el 80% de las personas que han tenido un diagnóstico de TEPT son más propensos a presentar síntomas que cumplen con los criterios diagnósticos para, al menos, otro trastorno mental”, entre los trastornos comórbidos más frecuentes mencionan el trastorno de pánico, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo mayor, trastorno de somatización y trastornos relacionados con sustancias. Aunque la relación del TEPT con otros trastornos es amplia, se ha demostrado que existe una mayor relación entre el TEPT y el trastorno depresivo mayor (Simonovic and Grbesa, 2010).

Ahora bien, desde el aspecto de intervención, se ha obtenido evidencia científica importante para el tratamiento del TEPT. La psicología basada en la evidencia ha contribuido en la recopilación de evidencia empírica y de datos relevantes sobre los niveles de efectividad de las terapias psicológicas ante esta condición mental. Esta información ha ayudado a proponer métodos, técnicas y terapias psicológicas como líneas recomendadas de acción terapéutica, en las cuales encontramos recopiladas todas aquellas intervenciones que han demostrado presentar resultados adecuados en el tratamiento de los trastornos psicológicos. La Asociación Americana de Psicología (APA) propone que la psicología basada en la evidencia puede definirse como “la integración de la mejor evidencia

disponible con la experticia clínica, enfocada al contexto del paciente con sus características, cultura y preferencias” (APA, 2006, P. 273). Este enfoque psicológico entonces, propone que ya no se trata de evaluar la validez en conjunto de las terapias psicológicas, sino de evaluar los tratamientos eficaces para cada uno de los trastornos mentales (Echeburúa, Salaberría, de Corral y Polo-López, 2010). Es decir, desde esta visión se busca identificar aquellos métodos de intervención que presenten mayor éxito a nivel terapéutico frente a cada trastorno en particular, y se abandona aquella visión donde se buscaba mostrar la supremacía de un enfoque terapéutico frente a otro.

La psicología basada en la evidencia propone como método más eficaz de abordaje terapéutico para el TEPT la terapia de exposición prolongada (Foa y cols., 2007), en la cual estos autores proponen una combinación de cuatro componentes derivados de la psicología cognitiva y conductual: la psicoeducación, la respiración, la reestructuración cognitiva y la terapia de exposición (en vivo e imaginaria). Cada uno de estos elementos presenta objetivos diferentes en la terapia. La psicoeducación es una técnica que se emplea en el TEPT para dar información a los pacientes acerca de la definición, síntomas, explicación cognitiva referente a esta patología y tratamiento, esta se emplea para aumentar la comprensión de la patología y establecer una relación de colaboración terapéutica con el paciente (Zayfert y Black, 2008). Otro componente es la respiración, aprender a manejar el ritmo de la respiración en personas con ansiedad o temor puede ayudar a aumentar los estados de relajación (Foa, y cols., 2007). Por su parte, la reestructuración cognitiva se emplea para identificar y modificar los pensamientos desadaptativos relacionados con el trauma, y posteriormente busca llegar a formular respuestas adaptativas ante los mismos, y también puede aplicarse a todos los pensamientos de angustia que son resultado de las experiencias traumáticas (Thrasher, Power, Morant, Marks & Dalglish, 2010). Por último, la técnica de exposición busca intervenir en los síntomas de evitación del paciente motivándole a abordar los estímulos temidos (Bados, 2005), esto se realiza para lograr una disminución del miedo y/o ansiedad relacionada al trauma (Foa, y cols., 2007). La exposición puede emplearse de diversas maneras Zayfert y Black (2008) proponían que “durante la exposición imaginaria, los pacientes varias veces hablan de los recuerdos del trauma, mientras que en la exposición in vivo, los pacientes confrontan situaciones o estímulos específicos en la vida real” (p. 3).

Desde este panorama sobre el TEPT, se propone como objetivo en el actual estudio el análisis de un caso de una paciente con este diagnóstico a la que se le aplica la terapia de exposición prolongada y la terapia cognitiva conductual. Y luego, se planteará el modelo de intervención psicológica aplicado al caso, éste se encuentra soportado en los lineamientos de tratamiento propuestos desde el enfoque de la práctica profesional basada en la evidencia.

## **Método**

### *Identificación de la paciente*

Laura es una mujer de 18 años, soltera, sin hijos, que vive con ambos padres y con su hermana en la ciudad de Medellín, es bachiller y actualmente se encuentra en clases de

teatro, asiste a consulta en noviembre de 2014. Laura buscó tratamiento debido a un estado de ánimo depresivo y ansioso, sumado a una percepción de deterioro de su área social y académica “Me he estado sintiendo mal y no sé qué hacer con mi vida”. En la primera sesión se realizó una categorización por áreas de la sintomatología, encontrando en el área emocional: tristeza, ansiedad, anhedonia y temor asociado a salir sola a la calle. En el aspecto cognitivo: disminución atencional, pesadillas, dificultad para recordar un evento traumático pasado y confusión acerca de su orientación vocacional. En el ámbito conductual: llanto, aislamiento social, deserción de clases de canto y suspensión de actividades deportivas. Y en la esfera fisiológica: dificultad para dormir, cansancio, sudoración, taquicardia y manos frías. Los anteriores síntomas los presenta desde mayo del 2014.

Laura no presenta historial de antecedentes emocionales, conductuales o cognitivos de enfermedades psiquiátricas y tampoco presenta algún problema médico que pudiese influir en su funcionamiento psicológico. Por el contrario, se identifica un cambio en su personalidad premórbida, en los aspectos de autonomía y estado afectivo. Anteriormente la paciente era una persona con predominio de emociones positivas, altamente independiente y con capacidad de afrontamiento de situaciones vitales. Durante la primera sesión, la paciente se muestra colaboradora, con estado de ánimo depresivo y ansioso, anhedonia, ubicada en las tres esferas y con dificultad para relatar eventos pasados.

### *Historia del problema*

En enero del 2014, Laura comenzó una relación afectiva con un hombre que conoció en clases de teatro, tras pasar 1 mes de relación afectiva la pareja presentó conductas de acercamiento sexual hacia ella, ante la negativa reiterada de la paciente frente a estos comportamientos, él accedió sexualmente de manera no consentida. Ante esto Laura comenzó a desarrollar emociones de temor hacia su pareja y percibía que de negarse a sostener relaciones sexuales su vida podría estar en peligro, por lo cual continuaba manteniendo estas conductas sin su consentimiento y sin tomar represalias ante él. Esta relación afectiva terminó en Mayo del 2014, desde allí Laura empezó a desarrollar síntomas ansiosos (sueños repetitivos con el evento, miedo a socializar con hombres, recuerdos vívidos del evento) y de deterioro social. La sintomatología se agudizó en junio de 2014, donde Laura comienza a presentar una reacción depresiva cuando conoce a otro hombre que le atrae.

Los principales estresores actuales en la vida de Laura son de carácter social. Desde que finalizó su última relación se ha alejado de los amigos, y de los ambientes educativos. No presenta deseo de iniciar nuevas relaciones afectivas, ni de conocer personas nuevas. Tiene deseo de iniciar estudios en algún oficio pero menciona confusión y falta de seguridad en sus intereses académicos.

Laura es la primera de dos hijas, entre ellas se presenta una diferencia de 2 años de edad. Sus padres siempre residieron en la ciudad de Medellín y han presentado una relación matrimonial con pocas dificultades. En el trato recuerda cuidados excesivos por parte de ambos padres, les impedían socializar con otros niños y jugar afuera de su casa. La paciente desde muy pequeña ayudó al proceso de crianza de su hermana, debido a que sus padres



trabajaban en diferentes horarios y estaban de forma inconstante en el hogar. Su hermana menor ha sido considerada como la niña pequeña de la casa, mientras que Laura ha sido vista como una mujer grande y responsable, a consecuencia de estos roles familiares la paciente percibía poca disposición emocional por parte de sus padres. Describe a su padre como altruista, responsable, sincero, ansioso, sumiso y poco asertivo. De su madre dice que es rígida, distante, ansiosa, poco afectuosa e hiperexigente. Laura percibió su infancia como solitaria y llena de responsabilidades. Recuerda que en su hogar constantemente le mencionaban que debía cuidar a su hermana porque “en el mundo había muchos peligros”. Laura destacó por su rendimiento académico en el colegio, pero presentaba dificultad para establecer relaciones significativas con sus compañeros. También asistía a clases de gimnasia, de técnica vocal y de actuación presentando un adecuado rendimiento. Durante este período nunca tuvo novio, ni un acercamiento afectivo a ningún hombre. Después de la graduación no percibe amistades o personas significativas con quien seguir en contacto. Debido a que ha sido una mujer deportista siempre ha tenido un estilo de vida “muy sano”. No consume licor ni ninguna otra sustancia.

### *Evaluación*

Este informe de caso emplea la metodología de tipo ABA. En este tipo de estudio se realiza primerouna evaluación de la conducta del sujeto para establecer el diagnóstico, y se propone una línea de base con los resultados (A), posteriormente se aplica el tratamiento para intervenir en la condición psicopatológica hallada (B), y por último se mide nuevamente la conducta y se compara con la línea de base (A) (Virués y Moreno, 2008).

Para realizar el proceso de evaluación se aplicaron durante la etapa de pre tratamiento dos instrumentos estandarizados y una entrevista clínica. Los test usados fueron la escala de trauma de Davidson adaptada al español (Bobes y cols., 2000) y el inventario de depresión de Beck en su versión revisada y adaptada al español (Vázquez y Sanz, 1997).

*1. Escala de trauma de Davidson adaptada al español:* Esta escala está basada en la versión original propuesta por Davidson y cols. (1997), ambas fueron diseñadas para valorar la frecuencia y severidad de los síntomas del trastorno por estrés postraumático en sujetos que han sufrido de un evento estresante, además permiten valorar la respuesta a la intervención realizando una aplicación pre y post tratamiento. La versión adaptada al español (Bobes y cols., 2000) consta de 17 ítems, los cuales evalúan la presencia de síntomas referentes a conductas de evitación, pensamientos o imágenes intrusivas, a la exposición ante acontecimientos estresantes y a la existencia de condiciones como embotamiento, aislamiento e hiperactivación fisiológica. Cada reactivo se evalúa mediante una doble escala: una de frecuencia y otra de gravedad. La escala de frecuencia ofrece cinco posibles respuestas (nunca, a veces, 2-3 veces, 4-6 veces, a diario) que puntúan de 0 a 4. La escala de gravedad presenta también cinco posibles respuestas (nada, leve, moderada, marcada, extrema), que se puntúan de igual forma que la escala anterior. El rango de las subescalas de severidad y gravedad es de 0 a 68 puntos, y el del total de la escala es de 0 a 136 (sumando ambas). A mayor puntuación, mayor severidad y/o frecuencia. Esta escala es autoadministrada y se evalúa teniendo en cuenta la intensidad de los síntomas en la semana anterior a la aplicación. En “la fiabilidad test-retest tras dos semanas es de 0.86. La consistencia interna, tanto para las subescalas de frecuencia y gravedad como para el total

son elevadas (alfa de Cronbach de 0.97 – 0.98 – 0.99 respectivamente)” (Lago y Larraz, 2012, p. 52). La paciente en esta escala obtuvo una puntuación global de 92, lo cual demuestra un grado importante de severidad de los síntomas del TEPT.

2. *Inventario de depresión de Beck adaptado al español*: Este inventario está basado en la versión original y revisada propuesta por Beck, Rush, Shawn y Emery (1979). Estos inventarios fueron desarrollados para evaluar la gravedad de la depresión, tomando en cuenta la intensidad sintomática del paciente. La versión adaptada al español (Vázquez y Sanz, 1997) es una escala autoaplicada de 21 reactivos que evalúan un amplio rango de síntomas depresivos en las áreas cognitiva, somática, vegetativa y emocional. Cada ítem propone 4 alternativas de respuesta, presentando en cada una de estas opciones respuestas ordenadas de menor a mayor las cuales indican la gravedad del síntoma evaluado. El paciente debe seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3, el rango de la puntuación obtenida es entonces de 0-63 puntos. En la interpretación del test se debe ubicar el puntaje del paciente en las siguientes categorías: No depresión 0-9 puntos, Depresión leve 10-18 puntos, Depresión moderada 19-29 puntos y Depresión grave más de 30 puntos. Laura obtuvo 20 puntos en este inventario, alcanzando con esto un puntaje que la sitúa en una depresión moderada. Y en lo referente a la confiabilidad del inventario, se encontró que presenta una “consistencia interna de alfa de Cronbach de 0.76 – 0.95. Y la fiabilidad del test oscila alrededor de  $r = 0.80$ ” (Chacón, Muñoz, Rivas Y Miranda, 2007, p. 34).

3. *Entrevista clínica*: Se realizó también una entrevista clínica semiestructurada, la cual se enfocó a identificar la problemática actual de la paciente, sus síntomas, intensidad, génesis y estrategias de afrontamiento empleadas ante su condición psicopatológica. Posteriormente se destinó un período corto de tiempo durante cada sesión para interrogar por la percepción subjetiva de la paciente acerca de su evolución en el tratamiento, buscando identificar variabilidades en la intensidad y manifestación de los síntomas.

### *Diagnóstico clínico*

Realizando un análisis de los datos obtenidos en los test psicológicos aplicados y en la entrevista, se encuentra como diagnóstico principal un trastorno de estrés postraumático, además se presenta un episodio depresivo mayor asociado al TEPT. También se localizan algunos rasgos de personalidad obsesiva compulsiva, dificultades de funcionamiento en el área de relaciones sociales y confusión a nivel vocacional.

## **Resultados**

Después de la evaluación, se concluyó que el acto de abuso sexual precipitó la aparición del TEPT. Esto debido a que los síntomas se manifestaron ante una situación en la cual Laura percibió una potencial amenaza para su vida y su integridad física, y al ser ésta una experiencia con una alta carga emocional para ella, se creó una reacción de temor y de ansiedad ante el acto ocurrido. El diagnóstico de depresión mayor moderada se tomó como diagnóstico secundario porque esta reacción emocional se encontró asociada al



deterioro del funcionamiento autónomo y a las cogniciones y emociones que se generaron de la vivencia del evento traumático.

La exposición al acto de abuso, sumado al distanciamiento emocional con sus familiares y a una crianza en la cual existió poco contacto social con otros significativos (debido a cogniciones que tenían sus padres donde percibían posibles amenazas en el ambiente), contribuyeron a crear en ella una idea de vulnerabilidad. Esta cognición la lleva a pensar que los demás pueden en algún momento hacerle daño, y el acto de abuso sexual activó esta creencia de modo hipervalente, porque le demostró que fue utilizada “únicamente para actos sexuales de forma violenta”. Ante su futuro, la paciente después del evento percibe poca capacidad para afrontar las actividades cotidianas y esto posteriormente, le llevó a sentir la necesidad de un acompañamiento constante de otras personas para sentirse a salvo. Esta última situación genera las reacciones depresivas, porque las características premórbidas en la personalidad de la paciente eran de alguien con una alta autonomía y de vínculos sociales poco compenetrados. Por lo anterior, las situaciones que activarán el malestar emocional en Laura se encontrarán relacionadas con el contacto social. Más aún si las personas con quien deba relacionarse son hombres, y si presentan actitudes y una apariencia física similar a las de su anterior pareja. También se encontró activación emocional de tipo negativo cuando observa que sus compañeros de colegio ya se encuentran estudiando una carrera universitaria o trabajando.

Como fortalezas en Laura se destaca su capacidad de funcionamiento a nivel académico, las relaciones familiares, las cuales se han modificado después del acto de abuso, en ellas ya percibe mayor apoyo y emociones positivas. Presenta además un buen estado de salud, un adecuado nivel de inteligencia y actitudes para el canto y el teatro.

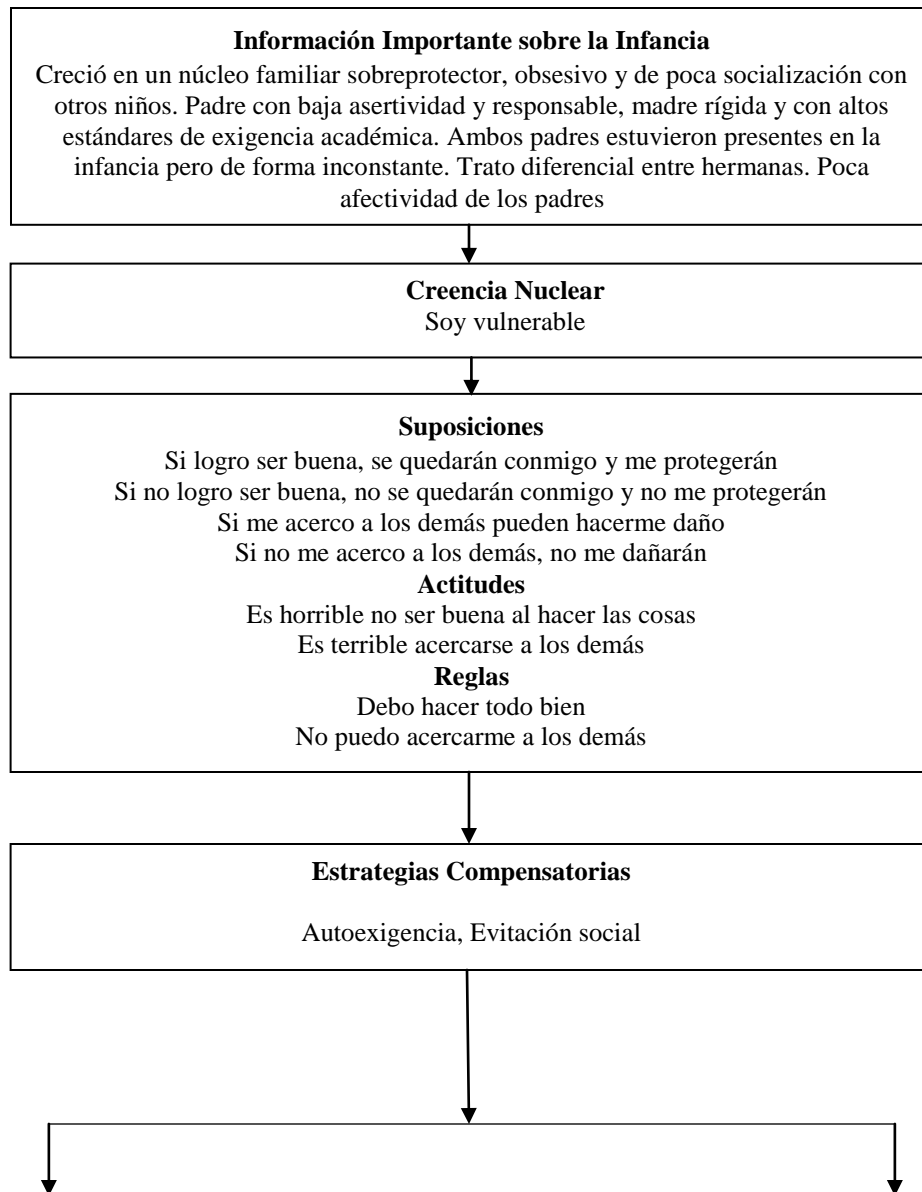
### *Hipótesis Explicativa*

Debido a los vínculos sobreprotectores, hiperexigentes y poco afectivos creados en su niñez con sus cuidadores, es entendible que Laura llegara a verse a sí misma como alguien vulnerable, que percibiera a los demás como amenazantes y al mundo como un lugar peligroso. La paciente aprendió a ser alguien que debía obtener logros académicos para ser reconocida y ser merecedora del cuidado de los demás. Por esto empleó la estrategia de búsqueda de reconocimiento y de atención enfocada a sus figuras significativas mediante un alto nivel de rendimiento escolar. Además, el hecho de ser la hija mayor le llevó a desarrollar conductas de autonomía y de independencia desde temprana edad, porque ella estaba encargada de ayudar en el proceso de crianza de su hermana. Este estilo vincular lo aprendió y lo comenzó a aplicar en las áreas sociales de su vida, en los cuales destacaba por sus logros académicos presentaba dificultades para vincularse con otros.

Por lo anterior, Laura para funcionar en el mundo creó dos estrategias de afrontamiento: hiperexigencia y aislamiento social. En la primera de estas (hiperexigencia), emplea supuestos cognitivos de “si logro ser buena, se quedarán conmigo y me protegerán”, reglas de: “debo hacer todo bien” y actitudes de “es horrible no ser buena al hacer las cosas”. Con dichas cogniciones la paciente presentará dificultades ante situaciones en las cuales sienta la amenaza de no poder alcanzar los objetivos propuestos o cuando



sienta que pierde el control de las situaciones y/o que debe depender de un tercero para lograrlas, en estas situaciones suele presentar un pensamiento automático de “no soy capaz”. En la segunda estrategia (aislamiento social), utiliza el supuesto de “si me acerco a los demás pueden hacerme daño”, la regla de “no puedo acercarme a los demás” y una actitud de “es terrible acercarse a los demás”. Por lo tanto, con estos pensamientos las situaciones en las cuales Laura se vea obligada a establecer vínculos o a socializar con alguna persona será percibida como amenazante y tratará de evitarla, lo cual le genera pensamientos automáticos de tipo “me van a hacer algo” y “me puede pasar algo” (Ver figura 1).



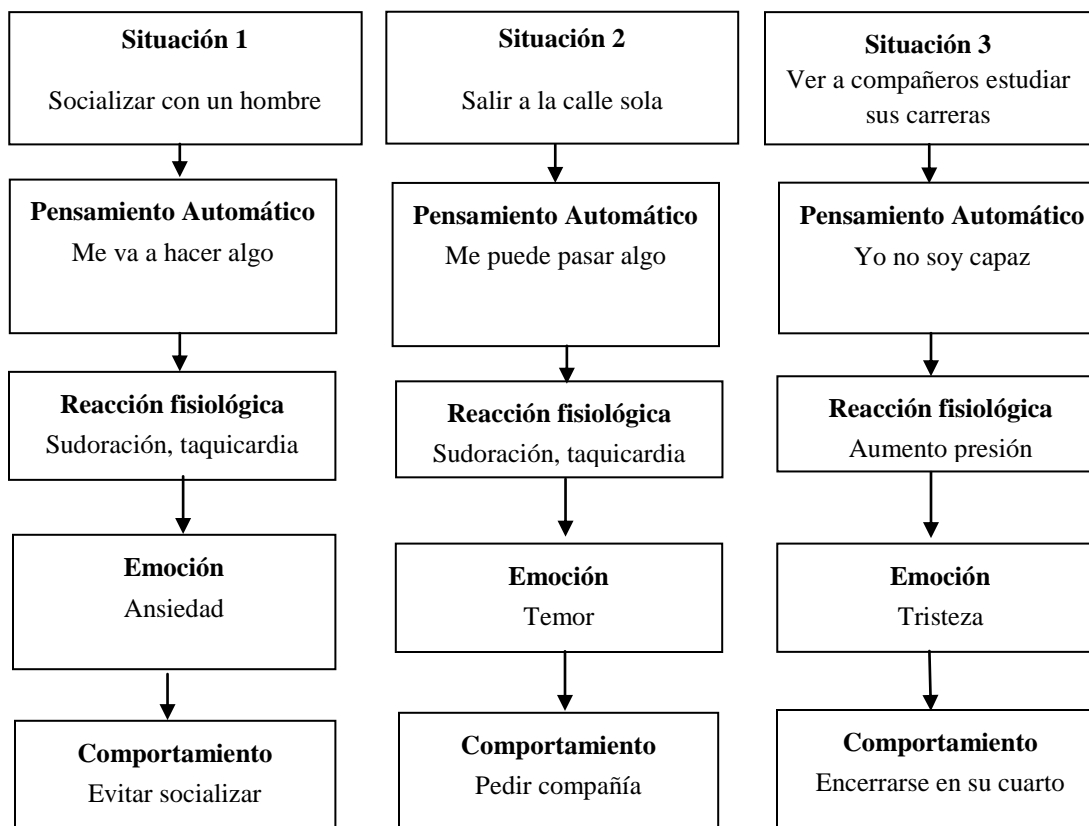


Figura 1. Conceptualización cognitiva. Adaptado de *Terapia Cognitiva*. Copyright 2000 by Ph.D. Judith S. Beck, p. 177.

### Intervención

Tomando en cuenta la información recolectada con los instrumentos, el diagnóstico y la hipótesis explicativa del caso, se realiza la construcción de un modelo de terapia en el caso presentado. Para la intervención se construye un tratamiento basado en dos modelos psicológicos que demuestran con apoyo empírico eficacia para el TEPT y el trastorno depresivo mayor, se toma así como modelo las terapias de exposición prolongada (Foa y cols., 2007) y la terapia cognitiva para la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010). A continuación, se presenta (tabla 1) una categorización de los problemas a intervenir, el objetivo de tratamiento, las técnicas empleadas y la sesión de aplicación. Cabe aclarar que algunas técnicas se emplearon varias veces durante el tratamiento, debido a la pertinencia de éstas para intervenir el problema y alcanzar el objetivo terapéutico.

**Tabla1.** *Tratamiento propuesto para la intervención.*

Problemas	Objetivos	Estrategia de intervención	Sesión
Depresión.	Regular el estado de ánimo.	Psicoeducación. Diario de pensamientos. Diálogo socrático. Ensayos conductuales. Reestructuración cognitiva.	1 – 5
Ansiedad y temor.	Reducir la ansiedad, el temor a salir sola y reincorporar a las actividades cotidianas.	Psicoeducación. Reestructuración cognitiva. Entrenamiento en respiración. Exposición en vivo.	6 – 11
Idea de vulnerabilidad		Psicoeducación. Diario de pensamientos. Debate de creencias intermedias y nuclear. Punto contra punto. Continuum cognitivo. Reestructuración cognitiva. Creación y comprobación de nueva creencia. Tarjeta de apoyo.	3 – 17
Pesadillas, imágenes y recuerdos involuntarios del evento.	Disminuir la carga afectiva del evento.	Psicoeducación Entrenamiento en respiración. Reestructuración cognitiva. Exposición imaginaria.	6 – 11
Evitación y aislamiento social.	Desmonte de conducta de evitación ante los ámbitos sociales y ante la socialización con hombres.	Psicoeducación. Entrenamiento en habilidades sociales. Juego de roles. Debate y reestructuración de cogniciones disfuncionales. Exposición en vivo.	12 – 15
Altos niveles de autoexigencia.	Reducir las conductas de autoexigencia y las cogniciones relacionadas con dicha estrategia.	Diario de pensamientos. Búsqueda de pruebas de realidad. Reestructuración cognitiva. Ensayos conductuales.	16 – 17
Confusión de orientación vocacional.	Identificar las fortalezas, gustos, intereses y capacidades para elaborar un perfil vocacional y analizar las posibles opciones de estudio.	Aplicación de test de orientación vocacional y de personalidad. Análisis de ventajas y desventajas. Implementación de actividades extracurriculares. Técnica de resolución de problemas.	18 - 19

Después de la finalización de la terapia se redujeron de forma notoria las reacciones emocionales de tipo ansioso y depresivo.

El estado de ánimo presentaba una predominancia eutímica, cesaron las pesadillas y los flashbacks, la paciente retomó la realización de actividades de forma autónoma, y se disminuyó de forma significativa el temor y la generalización de esta emoción hacia los hombres.

Los niveles de autoexigencia en sus actividades disminuyeron y se presentan nuevas estrategias de afrontamiento en los procesos de socialización.

Actualmente la orientación vocacional permitió a la paciente ingresar a una carrera universitaria.

En el actual documento se anexan algunos ejemplos de la aplicación de algunas de las técnicas descritas en el plan de tratamiento (Ver tabla 2 y ejemplos).

Durante el tratamiento se presentaron algunos obstáculos. En el primer contacto la relación terapéutica fue difícil, debido a la generalización de Laura en la desconfianza hacia los hombres (por verlos como potenciales abusadores), motivo por el cual se reservó mucha información durante las primeras sesiones. Ante esto se priorizó la intervención hacia su estado emocional depresivo, y se buscó además favorecer la empatía y demostrar aceptación incondicional ante la paciente, respetando su ritmo y demostrándole disposición para comprender su situación. A partir de la tercera sesión Laura comienza a modificar su actitud, relata lo ocurrido con su anterior pareja y se nota hipervigilante de la respuesta del terapeuta ante los hechos (buscando identificar actitudes de aceptación de los hechos de su anterior pareja). Otro obstáculo importante ocurrió entre la sesión 3 y 4. En este periodo Laura se encontró con un conocido quien buscó tener conductas de cercanía física con ella, esto le causó una reacción de alta ansiedad. Lo ocurrido, se utilizó para la aplicación de la técnica de la psicoeducación, en la que se educó a la paciente en la comprensión del modelo cognitivo y en la relación de pensamientos con los estados emocionales.

Al mes de terminar el proceso se realiza un seguimiento de forma telefónica con la paciente, se encontró un estado de ánimo regulado y sin fluctuaciones, no se presentaron nuevos episodios de pesadillas, flashbacks, temor o cualquier otra reacción de tipo ansiosa. Dos meses después de la finalización del proceso terapéutico, se realizó una sesión de seguimiento y una nueva aplicación de los instrumentos psicométricos descritos en este artículo. La paciente durante la sesión refirió no presentar nuevos episodios de manifestación de síntomas ansiosos relacionados con el TEPT, expresó sostener un estado de ánimo eutímico y presentar un adecuado funcionamiento de su área social. En la escala de trauma de Davidson la paciente presentó una puntuación global de 12, demostrando una reducción importante del grado de severidad de TEPT. Y en el inventario de depresión de Beck obtuvo 6 puntos, presentando una categorización de no presencia de depresión en la paciente.

Fecha/hora	Situación	Pensamientos Automáticos	Emociones	Respuesta	Resultado
2:00 pm	Me encuentro con una amiga en la calle. Y me cuenta a lo que se dedica después de la graduación.	“va a creer que soy un estúpida” 90% de credibilidad	Ansiedad 90% de intensidad	Distorsión Cognitiva: Etiquetaje  Estrategia: Diálogo Socrático	“va a creer que soy un estúpida” 20% de credibilidad  Tranquilidad 55% de intensidad  Hablo acerca de mis proyectos futuros.

**Tabla 2.** Ejemplo de diario de pensamientos

<p>1. ¿Cuál es la evidencia que el pensamiento automático es cierto? ¿De que no es cierto? A favor: No he podido ingresar a la universidad. Creencia 80% En contra: Soy una persona funcional, tuve un buen rendimiento en el colegio, no existe alguien que sea completamente ignorante en todos los temas existentes, soy una persona que conozco de temas de filosofía, física, química, deportes, historia, ciencias, entre otros. Creencia 95%</p> <p>2. ¿Existe alguna explicación alternativa? He tenido problemas emocionales que me han impedido avanzar en la vida. Creencia 95%</p> <p>3. ¿Qué es lo peor que puede ocurrir? ¿Podría yo sobrevivir a eso? ¿Qué es lo mejor que podría pasar? ¿Cuál es el resultado más realista? Lo peor que podría ocurrir sería no ingresar a ninguna universidad, pero sin importar que esto ocurra, esto no traería conflictos con mi supervivencia. Lo mejor que podría pasar sería mejorar en mis emociones y llegar a reestructurar mi vida. El resultado más realista sería continuar con mi proceso psicológico y con mi vida cotidiana, esperando a unas nuevas convocatorias para ingresar a la universidad. Creencia 100%</p> <p>4. ¿Cuál es el efecto de que yo crea en el pensamiento automático? ¿Cuál podría ser efecto de cambiar mi manera de pensar? El efecto de creer en mi pensamiento automático sería ponerme ansiosa, estallar en llanto y parecer una loca. Al cambiar mi manera de pensar podría estar más tranquila y continuar con mi conversación sin presentar estados emocionales poco placenteros. Creencia 95%</p> <p>5. ¿Qué debería hacer sobre eso? Debería calmarme y aprovechar la oportunidad para hablar con mi amiga. Creencia 95%</p> <p>6. ¿Si _____ (nombre de un amigo) estuviera en la situación y tuviera ese pensamiento, que podría decirle yo a él (ella)? Le diría que no siempre cuando alguien no ha comenzado sus estudios significa que es estúpido y que no va a llegar a ninguna parte en su vida, le recordaría que existen condiciones de vida que pueden acelerar o retrasar este proceso. Creencia 100%.</p>
---

**Tabla 2.1.** Ejemplo de discurso socrático

<p>T: Cuando te encontraste con tu amiga ¿qué pensamiento pasó por tu cabeza? P: Que me creerían estúpida y que me falta centrarme en mi vida. T: Si pensamos hipotéticamente que esto que me acabas de decir fuese cierto, y realmente ella te haya creído estúpida ¿qué significa eso para ti? P: Significa que me crearía un concepto de que soy alguien débil. T: Y si te ven débil, ¿qué pasaría contigo? P: La gente empezaría a alejarse. T: y si la gente se va y te deja sola ¿qué? P: Todos se irían de mi lado. T: Y si así fuera ¿qué?</p>
--



P: Me quedaría completamente sola.  
 T: Y si te quedaras completamente sola, eso ¿Qué significará para ti?  
 P: Significaría que me tengo que defender por mí misma.  
 T: Y si así fuera ¿qué?  
 P: Estaría sola y me podrían hacer daño.  
 T: Y eso ¿te lleva a pensar algo de ti misma?  
 P: Que soy vulnerable a los ataques.

**Tabla 2.2.** *Ejemplo flecha descendente*

T: Está bien, voy a mostrarte ahora una gráfica, la cual sirve para trabajar con creencias como la que me acabaste de comentar. En la primera parte vamos a ubicar tu creencia central “soy vulnerable”, y me vas a decir en una escala de 0 a 100 que tanto te sientes así.  
 P: Un 100%  
 T: Esta bien. Ahora contestaremos las siguientes dos preguntas, debes pensar en lo ocurrido recientemente, digamos en esta semana. ¿Cuánto es lo máximo y lo mínimo que has creído en esta idea?  
 P: Lo máximo un 100%, y lo mínimo un 70%.  
 T: Bueno, ahora trata de recordar lo que hablábamos la semana pasada acerca de la idea de estar sola.  
 P: Si, decíamos que en el mundo hay peligros, pero que yo tengo la capacidad de afrontar las situaciones y que aun así esté sola soy capaz de defenderme.  
 T: Ok. Dime de 0 a 100 ¿Qué tanto crees en esta última idea?  
 P: Un 50%.  
 T: Listo, en esta nueva gráfica vamos a realizar el siguiente ejercicio, vamos a ubicar a personas que conozcas. ¿Conoces a alguien que sea muy fuerte y pueda cuidarse por sí misma y puedas ubicarla en un 0% de vulnerabilidad?  
 P: Si un amigo.  
 T: Y conoces a alguien que sea mucho más vulnerable que tú.  
 P: Si una amiga del colegio  
 T: ¿Cuánto puntaje le darías a ella?  
 P: Un 100%.  
 T: ¿Y según eso tú en que porcentaje de vulnerabilidad tendrías al compararte con tu amiga?  
 P: Creo que en la mitad un 50%  
 T: ¿Y si tomamos en cuenta que existen personas con condiciones que les hacen más vulnerables como enfermos, niños, ancianos o mujeres en embarazo?  
 P: Tiene razón, ellos serían más vulnerables que mi amiga. Ellos tendrían el 100%  
 T: ¿Y tu amiga?  
 P: Un 50%.  
 T: ¿Y tú?  
 P: Un 30%.  
 T: Bueno, y si ahora comparamos que iniciaste creyendo que eras vulnerable a un 100 % y ahora al ver la evidencia encontramos que lo eres solo a un 30%, ¿eso que te lleva a pensar?  
 P: Que en ocasiones valoramos menos nuestras propias capacidades, y nos creemos menos de lo que realmente podemos ser.

**Tabla 2.3.** *Ejemplo continuum cognitivo*

T: El día de hoy iniciaremos escuchando la grabación que hicimos el primer día acerca del evento en el que te sentiste abusada, quiero que cierres los ojos y trates de transportarte a ese momento y busca recordar cada escena como si la estuvieses viviendo nuevamente. Te estaré preguntando acerca de los niveles de ansiedad que estés experimentando, me contestaras de 0 a 100 que tan ansiosa te sientes, cuando llegemos a niveles muy altos interrumpiremos y realizaremos la técnica de relajación de la que hablamos. ¿Hasta qué porcentaje crees que puedes llegar?  
 P: Entre un 90 y un 100.  
 T: Está bien, iniciemos.

**Tabla 2.4.** *Ejemplo de instrucción para sesión de terapia de exposición prolongada*

## Discusión

El nivel de gravedad del TEPT en la paciente se redujo notoriamente después de la aplicación de la terapia de exposición prolongada, pasando de presentar una puntuación en la escala de trauma de Davidson de 92 a una de 12. Del mismo modo en que lo propusieron Nacasch y cols. (2011) en donde encontraron que la aplicación de esta terapia reduce los síntomas de TEPT y los estados depresivos asociados, en personas que fueron expuestas a situaciones de combate y a otros tipos de trauma. Foa (2006) mencionó que la terapia de exposición es un tratamiento seguro y aceptado por los pacientes y además demuestra que los beneficios de la intervención se mantienen después de finalizar el programa. Otros estudios publicados han mostrado también una reducción significativa de la sintomatología del TEPT después de la aplicación de esta terapia como el de Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan y Foa, (2010), Foa y cols. (2005) y

En lo concerniente al temor experimentado por la paciente al contacto con los hombres y a salir sola a la calle, y a la reexperimentación del evento mediante pesadillas y flashbacks, la paciente redujo de forma importante la intensidad y frecuencia de estos síntomas, de igual manera que lo proponen Mclean y Foa (2011) donde realizaron una revisión sistemática de la evidencia disponible acerca de la terapia de exposición prolongada, y encontraron que esta presenta altos niveles de eficacia en la reducción de los síntomas de evitación conductual y de reexperimentación del evento traumático, llevando con esto a presentar en mayor proporción el no cumplimiento de los criterios diagnósticos para el TEPT después del tratamiento. En relación con lo anterior Foa, McLean, Capaldi & Rosenfield (2013) identificaron que la terapia de exposición prolongada demostró en un análisis clínico aleatorio mejoría significativa en regular los problemas del afecto, en el funcionamiento global y en los síntomas del TEPT. Por la evidencia demostrada y disponible a la fecha, el Centro Nacional Para el TEPT de Vermont (2008) publicó un artículo de revisión donde refirió que la terapia de exposición prolongada presenta suficiente evidencia para demostrar eficacia en la intervención de esta patología.

El Estado de ánimo depresivo también se redujo significativamente después de la intervención psicoterapéutica empleando la terapia cognitiva de Beck. La paciente pasó de puntuar en el inventario de depresión de Beck para una depresión mayor moderada a no depresión. Este resultado es congruente con lo afirmado por DeRubeis y cols., (2005) en su estudio terapia cognitiva vs medicación en el tratamiento de la depresión moderada y severa, donde mencionaron que la terapia cognitiva puede ser tan efectiva como la medicación en el tratamiento de la depresión mayor moderada y severa, además estos mismos autores concluyeron que la terapia cognitiva es una alternativa diferente a la medicación para el tratamiento de la depresión. En la misma línea Cuijpers, Smit, Bohlmeijer, Hollon & Andersson, (2010) mencionaron en un artículo que la terapia cognitiva parece ser eficaz en el tratamiento de la depresión, inclusive superando en efectividad otros modelos terapéuticos tradicionales; además expresaron que la terapia cognitiva no solo alivia el malestar emocional, sino que también reduce el riesgo de recaídas.

La creencia de vulnerabilidad que empleaba la paciente y sus estrategias de afrontamiento relacionadas (el aislamiento social y los altos niveles de autoexigencia)

presentaron flexibilización y modificaciones en los aspectos conductuales, cognitivos y afectivos de la paciente, permitiéndole con esto demostrar nuevos repertorios conductuales de afrontamiento, esquemas alternativos de procesamiento de la información y productos afectivos diferentes. Esto fue previamente demostrado por Ehlers, Clark, Hackmann, McManus, y Fennell (2005) quienes aplicaron la terapia cognitiva a sujetos con TEPT y probaron que estos presentaban cambios en las cogniciones disfuncionales y por consiguiente en los síntomas conductuales y anímicos de depresión y de ansiedad. De forma similar Litz, Engel, Bryant, y Papa (2007) aplicando terapia cognitiva enfocada a la identificación de pensamientos disfuncionales lograron modificar el estado de funcionamiento comportamental y del estado de ánimo de una muestra de pacientes con TEPT.

En el área académica la paciente presentó mejoría en la motivación, claridad de preferencias y capacidad funcional percibida. La asesoría en orientación vocacional y los tratamientos psicológicos aplicados, permitieron a la paciente clarificar sus perspectivas educativas e ingresar a un ámbito académico con el fin de estudiar una carrera profesional. Este proceso demuestra lo mencionado en el DSM 5 donde se expresa que las personas con TEPT demuestran el “deterioro de funcionamiento en los dominios sociales, interpersonales, del desarrollo, educacionales, de salud física y ocupacionales” (p. 279). Además se presentan resultados similares como los reportados por Foa (2005) donde encontró que tras el tratamiento del TEPT se observaba un mejoramiento en el funcionamiento social y en otras áreas del sujeto como las laborales y educativas.

Es importante también mencionar que este estudio debe analizarse teniendo en cuenta algunas limitaciones. Debido a la metodología de caso único no deben generalizarse los resultados obtenidos, es importante referirse a otros estudios que presenten muestras más representativas que permitan un mayor nivel de confiabilidad. En otro aspecto, las estrategias de afrontamiento intervenidas en el caso no fueron totalmente evaluadas con instrumentos estandarizados que fueran especialmente diseñados para la detección de las mismas, la identificación de las conductas de evitación se apoya en los datos obtenidos en la escala de Davidson, pero la estrategia de autoexigencia fue evaluada únicamente mediante la metodología de la entrevista clínica.

## **Conclusiones**

La terapia de exposición prolongada demostró efectividad en el tratamiento de los síntomas ansiosos reduciendo la frecuencia e intensidad de las conductas de evitación, de los recuerdos involuntarios del evento (pesadillas y flashbacks), de las cogniciones desadaptativas asociadas y de la respuesta de temor que se presentaba ante los hombres. La terapia cognitiva para la depresión disminuyó significativamente los niveles de este estado emocional en la paciente y permitió la flexibilización de creencias nucleares, intermedias y pensamientos automáticos disfuncionales asociados. El hecho de emplear la combinación de estas dos terapias ayudó a regular el funcionamiento personal, educativo y social de la paciente.

## Referencias

- Alcaldía de Medellín. (2012). Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052011-primer-estudio-poblacional-de-salud-mental-medellin,-2011---2012.pdf>
- American Psychological Association (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*. 61, (4), 271–285.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric publishing.
- Bados, A. (2005). Trastorno Por Estrés Postraumático. (1ª. Ed.). Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Beck, AT., Rush, AJ., Shaw, BF., Emery F. (1979). Cognitive Therapy of Depression. (1ª. Ed.). New York: Guilford Press.
- Beck, AT., Rush, AJ., Shaw, BF., Emery F. (2010). Terapia cognitiva de la depresión. (19ª. Ed.). Bilbao: Descleé de Brower.
- Beck, J. (2000). Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización. (1ª. Ed.). Barcelona: Gedisa.
- Behr, M. (2009). Constructing Emotions and Accommodating Schemas: A model of self-exploration, symbolization, and development. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 8(1), 44-62.
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, E., González, MP., Bascarán, MT., Bousoño, M., y Grupo español de trabajo para el estudio del trastorno por estrés postraumático. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Española de Psiquiatría*. Vol. 28 (No. 4), 207-218.
- Brousse G., Arnaud B., Roger JD., Geneste J., Bourguet D., Zaplana F., Blanc, O., Schmidt, J., Jehel, L. (2011). Management of traumatic events: influence of emotion centered coping strategies on the occurrence of dissociation and post-traumatic stress disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 7, 127-133.
- Chacón, V., Muñoz, C., Rivas, JC., Miranda CA. (2007). *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 36, (1), 31-40.
- Chóliz, M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. (1ª. Ed.). Valencia: s.n.
- Cuijpers, P., Smit, F., Bohlmeijer, E., Hollon, S., & Andersson, G. (2010). Efficacy of cognitive-behavioral therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. *The British Journal of Psychiatry*, 196(3), 173-178.
- Davidson, JR., Book, SW., Colket, JT., Tupler, LA., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, JC., Smith, RD., Davison, RM., Katz, R., Feldman, ME. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27, 153-60.
- DeRubeis, R., Hollon, S., Amsterdam, J., Shelton, R., Young P., Salomon R., Gallop, R. (2005). Cognitive Therapy vs. Medications in the Treatment of Moderate to Severe Depression. *Archives General Psychiatry*. 62 (4), 409-416.

- Echeburúa, E., Salaberría K., de Corral, P., Polo-López, R. (2010). Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 19, (3), 247-256.
- Ehlers, A., Clark, D.M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M.J.V. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*. 43, 413-431.
- Foa, E. (2006). Psychosocial therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatric*. 67 (2), 40 – 45.
- Foa, E.B., Hembree, E.A., Cahill, S.P., Rauch, S.A.M., Riggs, D.S., Feeny, N.C., & Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73, 953-964.
- Foa, E., Hembree, E., Rothbaum, B. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide*. (1a. Ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Foa, E., McLean, C., Capaldi, S., & Rosenfield, D. (2013). Prolonged Exposure vs. Supportive Counseling for Sexual Abuse-Related PTSD in Adolescent Girls. *JAMA*, 310(24), 2650.
- Krypotos, A., Arnaudova, I., Effting, M., Kindt, M. and Beckers, T. (2015). Effects of Approach-Avoidance Training on the Extinction and Return of Fear Responses. *PLOS ONE*, 10 (7), 1 - 19.
- Lago E., Larraz G. (2012). EMDR: Revisión de la técnica y aplicación a un caso clínico. *Cuadernos De Medicina Psicosomática Y Psiquiatría De Enlace*. 104, 45–56.
- Lench, H., Tibbett, T. and Bench, S. (2016). Exploring the Toolkit of Emotion: What Do Sadness and Anger Do for Us? *Social and Personality Psychology Compass*, 10(1), 11-25.
- Litz, B.T., Engel, C.C., Bryant, R.A., & Papa, A. (2007). A randomized, controlled proof-of-concept trial of an internet-based, therapist-assisted self-management treatment for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 164, 1676-1683.
- McLean, C., & Foa, E. (2011). Prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder: a review of evidence and dissemination. *Expert Review Of Neurotherapeutics*, 11(8), 1151-1163.
- Ministerio de protección social. (2003). Estudio nacional de la salud mental de Colombia. Recuperado de [http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030\\_EstudioNacionalSM2003.pdf](http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf)
- Nacasch, N., Foa, EB., Huppert, JD., Tzur, D., Fostick, L., Dinstein, Y.,... Zohar, J. (2011). Prolonged exposure therapy for combat- and terror-related posttraumatic stress disorder: a randomized control comparison with treatment as usual. *Journal of Clinical Psychiatry*. 72(9), 1174-80.
- National center of PTSD. (2008). *Treatments for PTSD: Understanding the Evidence*. PTSD Research Quarterly, 19 (3), 1 – 12.
- Powers, M., Halpern, J., Ferenschak, M., Gillihan, S., & Foa, E. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30 (6), 635-641.
- Rauch, S., Grunfeld, T., Yadin, E., Cahill, S., Hembree, E., Foa, E. (2009). Changes in reported physical health symptoms and social function with prolonged exposure



- therapy for chronic posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 26, 732–738.
- Simonovic, M. and Grbesa, G. (2010). P01-98 - Influence of the commorbid posttraumatic stress disorder on the clinical presentation of the depressive episode. *European Psychiatry*, 25, 319.
- Thrasher, S., Power, M., Morant, N., Marks, I., & Dalgleish, T. (2010). Social Support Moderates Outcome in a Randomized Controlled Trial of Exposure Therapy and (or) Cognitive Restructuring for Chronic Posttraumatic Stress Disorder. *Canadian Journal Of Psychiatry*, 55(3), 187-190.
- Vázquez, C., Sanz J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1979. *Clínica y Salud*. 8, 403-422.
- Virués, J., Moreno R. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 8, (3), 765-777.
- Zayfert, C., Black, C. (2008). *Cognitive-behavioral therapy for PTSD: a case formulation approach*. (1ª. Ed.). New York: Guilford Press.