

## Tratamiento de personas adultas con trastorno de estrés postraumático II

### Post-traumatic stress disorder treatment in adults II

José Carlos Mingote Adán, Francisco Menjón Beltrán\*, y Belén Mingote Bernad\*\*

\* Sociedad Española de Medicina Psicosomática

\*\* University of Chester. Singapur

El objetivo de este artículo es realizar una revisión sistemática y actualizada de varios meta-análisis y guías clínicas sobre la efectividad comparativa y los riesgos de las intervenciones terapéuticas, psicológicas y farmacológicas, para adultos con TEPT. Entre los tratamientos psicológicos, los estudios realizados sobre terapia cognitivo conductual, terapia de exposición y terapia cognitivo conductual más terapia de exposición, proporcionan una elevada fuerza de evidencia, apoyando su buena eficacia para la reducción de los síntomas de TEPT y la pérdida del diagnóstico de TEPT. Entre los tratamientos farmacológicos, se ha encontrado una moderada fuerza de evidencia apoyando la eficacia de fluoxetina, paroxetina y venlafaxina para los síntomas de TEPT. La Guía de Consenso de Expertos recomendó la psicoterapia para el TEPT leve, y una adecuada combinación de medicación y psicoterapia para los casos más graves y crónicos. El tratamiento debería continuar al menos durante 12 meses, y los casos más graves 24 meses o más, con dosis de recuerdo si fueran necesarias. En general, el tratamiento debería enfocarse hacia los síntomas de forma individualizada (ansiedad, insomnio, irritabilidad, etc.), pero, de forma óptima, debería dirigirse al espectro total de la sintomatología del TEPT.

**Palabras clave:** Alianza terapéutica, Desvalimiento y victimización, Recuperar control personal, Exposición prolongada, Reestructuración cognitiva.

#### Abstract

The aim of this paper is to update a systematic review of several meta-analysis and guidelines of the comparative effectiveness and harms of psychological and pharmacological interventions for adults with PTSD. Among the psychological treatments, studies of cognitive behavioral therapy-exposure therapy and CBT-mixed therapies provide high strength of evidence (SOE) supporting efficacy for PTSD symptoms

José Carlos Mingote Adán es médico psiquiatra, ex coordinador del Programa de Atención Integral al Personal Sanitario de la Comunidad de Madrid. Francisco Menjón Beltrán y Belén Mingote Bernad son psicólogos clínicos

La correspondencia sobre este trabajo debe enviarse a los autores a [fmenjon@gmail.com](mailto:fmenjon@gmail.com)

and loss of PTSD diagnosis (high SOE). Among the pharmacological treatments, we found moderate strength of evidence SOE supporting the efficacy of fluoxetine, paroxetine, and venlafaxine for PTSD symptoms. The Expert Consensus Guidelines recommended psychotherapy for mild PTSD and the appropriate combination of medication and psychotherapy for severe or chronic PTSD. Treatment should continue for at least 12 months, and severe cases should be treated for 24 months or more, with continued booster sessions as needed. In general, treatment should focus on the presenting individual symptoms (anxiety, insomnia, irritability, etc.), but optimally it should address the full spectrum of PTSD symptomatology.

**Keywords:** Therapeutic alliance, Helplessness and victimization, Regaining self-control, Prolonged exposure, Cognitive restructuring.

Este trabajo es la continuación de “Tratamiento de personas adultas con trastorno de estrés postraumático I”, publicado en el número 61 de *Aperturas Psicoanalíticas*.

### Consideraciones generales del tratamiento

El furor se descarga sobre quien aparece como indefenso (Horkheimer y Adorno, 1994).

Tras revisar los aspectos teóricos a cerca del TEPT en la primera parte, en esta segunda parte del artículo se desarrollan los aspectos científico-técnicos del tratamiento de personas adultas con TEPT.

En todas las personas que atendemos debemos de tener muy en cuenta su experiencia subjetiva, porque esta es la que motiva la conducta de búsqueda de ayuda profesional, o bien, la evitación activa de todos los estímulos relacionados con el trauma, incluida la consulta psicológica/psiquiátrica. De ahí la frecuente postergación que hace el paciente para pedir ayuda o la interrupción prematura del tratamiento en un porcentaje significativo de casos, que incluso es dado de alta sin que este comunique sus experiencias traumáticas a ningún profesional sanitario. Según estudios epidemiológicos en población general, se concluye que es alta la frecuencia del no reconocimiento, el mal diagnóstico y el tratamiento inadecuado de este padecimiento en la actualidad. La queja principal de los pacientes con TEPT es que ellos no se sienten comprendidos por sus familiares y amigos, ni tampoco por los médicos, psicólogos y psiquiatras que les atienden, quienes les hacen recomendaciones ineficaces o perjudiciales, con la sensación de que no conocen o no comprenden este trastorno. En ningún caso se trata de una debilidad de carácter, ni un fracaso personal, sino que se trata de una verdadera enfermedad, muy prevalente en población general, en la clínica psiquiátrica y en la asistencia médica general. Además, si persiste el patrón generalizado de evitación cognitiva y conductual, se va a facilitar la cronificación y la aparición de complicaciones secundarias. Por esto es tan importante el acompañamiento y apoyo personal precoz a estas personas, además de para poder evaluarlas, diagnosticarlas y tratarlas eficazmente de su trastorno primario. Sin embargo es frecuente que se las diagnostique y trate de algún síntoma o trastorno mental secundario. Por la propia naturaleza de la enfermedad, el paciente trata de evitar los

estímulos asociados al trauma, hasta que es capaz de establecer una buena relación de confianza y seguridad con el terapeuta. Hasta entonces el paciente no va a poder verbalizar sus experiencias traumáticas, porque a menudo su recuerdo se experimenta como reexperimentación de ellas a nivel sensorio-perceptivo corporal. Pero por otro lado, como decía Freud (1912/1976), “nadie puede ser ajusticiado *in absentia* o *in effigie*” (p. 105), es decir, que es necesario enfrentarnos a él. Igual sucede con la persona que padece un TEPT: padece un gran sufrimiento que tiene solución, pero es necesario elaborar mentalmente el estresor traumático. Como expone el Dr. Francisco Orengo García (2006), la exploración de los síntomas, de los estresores traumáticos y de otros estímulos asociados, provoca que estemos haciendo exposición al paciente, de forma que a este se le van a intensificar los síntomas:

La exposición se debe hacer siempre poco a poco, con cuidado, con delicadeza, sin romper lo que se conoce como “la membrana” del trauma. Dicha membrana de olvido, de amnesia, por y de lo traumático, sería similar, *mutatis mutandis*, a la que recubre un absceso. Por un lado evita la propagación de la sepsis por el organismo, pero por otro mantiene eventualmente encapsulado pero en actividad el proceso (en este caso el proceso o recuerdo traumático. (p. 100)

Por eso es tan importante educar a estos pacientes sobre los síntomas y la naturaleza del TEPT, y cómo con los diferentes tratamientos puede recuperar su salud de forma efectiva, siendo él no solo el paciente, sino también el principal agente de su sanación, en estrecha colaboración con su terapeuta/equipo asistencial. Y es que el fenómeno de la reexperimentación en presente suele ser muy perturbador y revictimizante, aunque mitigado con el tratamiento en un encuadre terapéutico adecuado, la reexperimentación del trauma puede tener una potencial función adaptativa como intento de dominar o integrar la experiencia traumática, como propone Horowitz (1986). Este autor ha propuesto un modelo psicoterapéutico para estos pacientes, que denominó *terapia psicodinámica orientada a la crisis* o *tratamiento orientado a la fase* de la enfermedad. Horowitz ha destacado que en la experiencia traumática hay un exceso de información emocional que desborda las capacidades individuales de elaboración, por lo que el organismo sufre ataques de emoción como reexperiencias intensas del trauma o bien se desorganiza y se bloquea, y con frecuencia oscila entre estos estados de forma alternante. Para Horowitz lo esencial es ayudar a facilitar y completar el procesamiento de la información de estos pacientes, que fluctúan entre estados de relativo descontrol y de control excesivo. Lo prioritario es proteger al paciente del suceso traumático y ayudarle a estabilizarse con reducción de la amplitud de las oscilaciones posttraumáticas a nivel tolerable. Por esto es fundamental adecuar la dosis de experiencia emocional a la capacidad de elaboración mental que tiene cada paciente en cada momento, hasta que este logre tener control sobre la experiencia interna del trauma. Para lograrlo, Horowitz pregunta a sus pacientes detalles sobre sus vivencias traumáticas (estimulando las funciones cognitivas) y les propone hablar de sus asociaciones para reforzar su capacidad de representación, a la vez que les ayuda a buscar otras soluciones a sus problemas. Si predomina el control excesivo y el bloqueo emocional, Horowitz propone preguntar a los pacientes sobre sus emociones y sensaciones para ayudarles a reconocerlas y aprender a contar con ellas.

En los casos graves de TEPT se encuentra una alta tasa de resistencia y de abandono de los distintos tratamientos, sobre todo si no se inician de forma precoz. En este sentido conviene iniciar el tratamiento lo antes posible, porque el tiempo previo de evolución del TEPT condiciona el pronóstico del padecimiento. Existe una ventana de

oportunidad para todas las intervenciones eficaces tempranas, sobre todo durante los primeros 6 meses-12 meses de evolución del cuadro clínico.

Ningún tratamiento es viable y efectivo sin la participación activa del paciente, que acude a la primera sesión con sus expectativas de éxito con el terapeuta y con el tratamiento, con sus miedos, preferencias y resistencias, que condicionan un porcentaje significativo de la varianza de los resultados del tratamiento. Las personas necesitamos dar sentido a los síntomas y problemas que tenemos, así como encontrar nuevas formas de actuar para intentar solucionarlos. Varios estudios de metaanálisis concluyen que la mayor parte de la varianza del cambio terapéutico (el 87%) corresponde a factores relacionados con el cliente y tan solo el 13% sería la contribución del terapeuta y de la técnica (Wampold, 2001). Por otra parte, las palabras (contenido, forma, etc.) pronunciadas por los terapeutas tienen poderosos efectos en las personas, sobre todo cuando se ajustan a su realidad mental, consciente o inconsciente, y les permite comprender mejor su experiencia actual o pasada, dentro o fuera de la sesión. Todo esto permite concluir que el trabajo psicoterapéutico debe entenderse como un proceso conjunto de construcción de conocimiento, Los clientes traen sus síntomas, las ideas y emociones asociadas, y los terapeutas sus modelos y experiencia personal. Esto explica que unos terapeutas sean más eficaces que otros, más allá de los modelos terapéuticos. Lo que relativiza el tamaño del efecto de los diferentes enfoques terapéuticos. Cada persona es diferente y cada uno tiene su estilo de colaboración, unos se implican más que otros, y estos hechos tienen sus implicaciones en el resultado terapéutico (Wampold, 2001; Rodríguez-Morejón, 2016).

Además, el tratamiento efectivo del TEPT solo será posible si este trastorno es reconocido por los profesionales sanitarios. Estos pueden tener la oportunidad de hacerlo durante las revisiones médicas, como en urgencias, traumatología y ortopedia, etc. Se ha evidenciado que el apoyo social amortigua o modera (*buffer*) los efectos de la exposición a estímulos estresantes, de forma que unas relaciones personales satisfactorias protegen a las personas de la enfermedad a lo largo del ciclo vital. Y en especial en situaciones adversas tales como accidentes o enfermedades graves, como el TEPT o la depresión (Brown y Harris, 1978; Cohen y Syme, 1985; Tedeschi y Calhoun, 1996). Además se ha constatado que la falta de un adecuado apoyo social predice mayores tasas de morbi-mortalidad en estudios epidemiológicos bien diseñados, como el estudio sueco realizado en Göteborg con una muestra de 736 varones nacidos en 1933, y en los que se demuestra que la calidad del apego primario y de integración sociofamiliar son menores en los enfermos que eran enfermos coronarios a los 50 años (Orth-Gomer, Rosengren y Wilhelsen, 1993).

Otras dificultades se dan en el terapeuta de personas que padecen TEPT derivadas de sus propias experiencias emocionales y sus intensas reacciones contratransferenciales. Un síntoma característico que induce con frecuencia el enfermo con TEPT en el clínico que le evalúa consiste en un intenso impacto emocional, con vivencias contratransferenciales de intenso malestar e incredulidad ("no es posible,... ¿estará confabulando?", etc.), desconfianza y dudas sobre la veracidad del relato, lo que le motiva para distanciarse del paciente como de un enemigo o un caso imposible, o bien con intensos sentimientos de compasión que le mueven a querer ayudarlo de forma omnipotente y poco realista. Estas actitudes del terapeuta pueden potenciarse con la idealización que hace el paciente de su persona para compensar sus sentimientos de desesperanza e impotencia. Los profesionales sanitarios no son inmunes a las tragedias humanas, además de tener una especial responsabilidad para organizar las intervenciones

posteriores para socorrer a los afectados. Es esencial la anticipación y planificación de los suficientes recursos necesarios para no ser desbordados por las ansiedades de los pacientes y sus familiares, quienes les suscitan una enorme ambivalencia: pueden estar muy motivados para ayudarles, a la vez que experimenten una tendencia a evitarles, desbordados por su sufrimiento, hasta poder llegar a victimizarse de forma secundaria o vicaria. Conviene tener presente que las crisis suponen riesgo vital, pero también una oportunidad para mejorar la cohesión y la competencia del equipo asistencial (Sánchez González, 2000).

El modelo de estadios clínicos en los trastornos mentales es especialmente útil en el caso de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Además de cumplir los criterios diagnósticos, el DSM-5 requiere que la alteración cause malestar significativo más de un mes, por considerarse que en tal caso sería patológico. Respecto de los criterios diagnósticos, el DSM-5 diferencia la evitación de estímulos relacionados con el estresor traumático, de las alteraciones cognitivas y emocionales como las siguientes: incapacidad de recordar aspectos importantes del suceso, expectativas negativas persistentes, percepciones distorsionadas, estado emocional negativo e incapacidad para experimentar emociones positivas, anhedonia y desapego o extrañamiento de los demás. Entre los síntomas de hiperreactividad se incluyen el comportamiento violento, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, dificultades de concentración y alteraciones del sueño. Además distingue como especificadores, la presencia de síntomas disociativos, y con expresión retardada.

### **Principios básicos del tratamiento del paciente con un TEPT**

Al igual que no hay ningún superviviente que pueda recuperarse solo, tampoco hay un terapeuta superviviente que pueda recuperarse solo, que pueda trabajar solo con el trauma. (Judith Herman, 2004)

Como dice Luis Medina Amor (2015),

El tratamiento de los trastornos psicotraumáticos es un proceso complejo y delicado, en el que no bastan las buenas intenciones. Requiere una metodología específica y una serie de intervenciones que deben adaptarse a los criterios definidos por las comisiones de expertos en esta área (p. 182).

Según este experto, el tratamiento recomendado para el TEPT debe realizarse dentro del ámbito de las intervenciones médico-psicológicas basadas en la evidencia científica y la bioética para:

1. aliviar el sufrimiento y evitar causar daño al paciente-agente autónomo convenientemente informado.
2. ayudar al proceso de recuperación y procurar el mayor beneficio del paciente, según los objetivos propuestos: reducir la gravedad de los síntomas, prevenir o mitigar las enfermedades comórbidas, mejorar la adaptación y favorecer o restablecer el desarrollo, prevenir las recaídas e integrar la experiencia traumática en su vida. Es esencial la orientación a la recuperación como proceso de cambio de actitudes, objetivos y roles de una persona para vivir una vida productiva y satisfactoria, a pesar de las limitaciones causadas por la enfermedad. Este proceso incluye diferentes dimensiones, como: la mejora del bienestar y la calidad de vida,

la calidad de las relaciones sociales, el funcionamiento en el trabajo, el crecimiento personal, etc. (Anthony, 1993).

3. además de efectuar la adecuada evaluación diagnóstica, desde la primera entrevista la prioridad debe ser el establecimiento y la consolidación de una relación de confianza o alianza terapéutica fuerte. El tratamiento del paciente con TEPT debe ser siempre individualizado, según la naturaleza del cuadro clínico (comorbilidades, gravedad, tiempo de evolución, etc.) y de factores personales y ambientales que concurren en cada caso. La satisfacción del paciente en relación con su médico o terapeuta es la principal variable mediadora en una buena adherencia y efectividad terapéutica.

Una cuestión muy discutida ha sido si el clínico debe recomendar intervenciones psicológicas, medicación o ambas al comienzo del tratamiento para adultos con TEPT. Pero solo hay un ensayo dirigido a aclararlo (Van der Kolk et al., 2007), y sus hallazgos no son concluyentes. Dada la naturaleza biopsicológica del TEPT no debería extrañarnos que algunos fármacos concretos sean efectivos para mejorar los síntomas de este padecimiento, facilitar la psicoterapia y mejorar el pronóstico. Los conocimientos neurobiológicos sobre su etiopatogenia permiten apuntar a tratamientos psicofarmacológicos precisos.

Otra cuestión poco conocida es cómo influye seguir o no las preferencias del paciente (psicoterapia/medicación) sobre la implicación, retención y evolución clínica del paciente, aunque es razonable pensar que aquellos a los que se les proporcionan el tratamiento que ellos prefieren evolucionarán mejor que los que no reciben el tratamiento preferido.

### **Recomendaciones de algunas guías clínicas**

En un intento de mejorar la calidad de la atención sanitaria, la mayoría de los países de nuestro entorno han puesto a disposición de los profesionales y de los pacientes estas herramientas de apoyo dirigidas a facilitar la toma de decisiones clínicas. Así, han surgido las Guías de Práctica Clínica, en las que se recogen las principales recomendaciones acerca de las diferentes enfermedades y trastornos mentales, basadas en la evidencia científica y que en España van siendo publicadas por el Ministerio de Sanidad, que las difunde por Internet (<http://www.guiasalud.es/egpc/>).

En los últimos años, la explosión de la información procedente de estudios experimentales y de estudios controlados de calidad sobre los diferentes tratamientos, han hecho prácticamente imposible que un profesional de cualquier especialidad sanitaria pueda conocer en profundidad los últimos avances científicos. Por eso ha sido de gran ayuda la metodología basada en la evidencia o en pruebas, porque hace posible conocer los últimos avances de una manera actualizada y rápida. Tal es el caso de institutos como The Cochrane Collaboration ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)) o UpToDate ([www.update.com](http://www.update.com)), ampliamente reconocidos en el ámbito científico.

Las numerosas guías clínicas disponibles proporcionan un conjunto de terapias que tienen una base de evidencia empírica y han demostrado ser eficaces y rentables en el tratamiento de los diferentes trastornos mentales. En todo caso estas guías tratan de orientar la práctica clínica y no deben ser utilizadas de forma prescriptiva. Es necesario

tener en cuenta que cada persona es única y que sus circunstancias son también únicas. La mayoría de ellas recomiendan para el TEPT en adultos y en niños, la terapia cognitivo-conductual, la terapia de exposición prolongada, la psicoterapia breve ecléctica focalizada en el trauma, el tratamiento por desensibilización y reprocesamiento a través de los movimientos oculares (EMDR) y la terapia narrativa y de exposición. La mayoría de las guías clínicas destacan que los tratamientos psicológicos focalizados en el trauma son más eficaces que los tratamientos farmacológicos y los refieren como de primera elección, mientras que proponen la medicación como tratamiento coadyuvante o de segunda línea (Forbes et al., 2010). A nivel farmacológico, la APA sugiere el uso de tres inhibidores de la recaptación de serotonina: fluoxetina, paroxetina o sertralina, así como venlafaxina del grupo de los inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina. Y así como con una razonable evidencia de ser beneficiosos mirtazapina, prazosín para el sueño y las pesadillas, nefazodona, fenelzina y los antidepresivos tricíclicos. En cambio, considera esta guía que topiramato es ineficaz.

En 2013, la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2013) en su guía clínica para los trastornos relacionados con el estrés, propone la terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma, el EMDR y el entrenamiento en gestión del estrés, como estrategias con fuerte evidencia de utilidad clínica. Así mismo se recomienda un tratamiento secuencial en el que se priorice la seguridad personal y la estabilización clínica del paciente, el aprendizaje de estrategias de regulación emocional y el fomento de una relación terapéutica de calidad, antes de aplicar las modalidades específicas para el tratamiento de los síntomas primarios del TEPT. Para estos la mayor efectividad se alcanza con la exposición dirigida al material evitado, para posibilitar el reprocesamiento de emociones y cogniciones, hasta la reducción y resolución de los síntomas. Como parte de la preparación para el tratamiento, el paciente debe ser informado de que al principio puede sentirse peor, y que durante este tiempo puede aumentar su impulsividad e irritabilidad o recaer en el consumo de sustancias. Es importante que le comunique estos cambios al terapeuta para regular el ritmo y la intensidad del tratamiento, incluso suspenderlo e iniciar otro tratamiento. Estas decisiones deben ser siempre compartidas por el paciente y el terapeuta a lo largo de todo el curso del tratamiento. De hecho en varios trastornos mentales se ha constatado que el éxito del tratamiento depende de la interacción de factores del paciente, del terapeuta y de la relación entre ambos, con independencia del tipo de psicoterapia utilizada (Norcross y Wampold, 2011).

Los tratamientos recomendados en esta revisión de conjunto se han obtenido de las siguientes guías clínicas más recientes sobre el tratamiento de adultos con TEPT: dirigidas a los profesionales de salud, pacientes, familiares y ciudadanos. A continuación se listan las más importantes.

1. El Instituto Nacional de Excelencia para la Salud y los Cuidados (National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
2. La Revisión Cochrane Internet-based cognitive and behavioral therapies for posttraumatic stress disorder in adults de 2018 (Lewis, Roberts, Bethell, Robertson y Bisson, 2018)
3. La Guía Clínica de la Asociación Psicológica Americana de 2017 para el tratamiento psicológico y farmacológico del TEPT en adultos

4. La Guía Clínica Canadiense para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y estrés posttraumático de 2014
5. La Guía de la Asociación Británica de Farmacología (5) para pacientes con Trastornos de ansiedad (Baldwin et al., 2014)
6. La Guía Australiana para el Tratamiento del Trastorno de Estrés Agudo y el TEPT de 2013.

Aunque todas estas guías ponen mayor énfasis en unos aspectos que en otros son mas los puntos en común que las diferencias. Entre los que se destacan:

- Una evidencia de que las intervenciones cognitivo-conductuales son útiles en el tratamiento del TEPT. La psicoeducación es muy útil y coste-efectiva como ingrediente esencial de la terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma.
- La exposición prolongada ha demostrado ser más efectiva que la lista de espera o el placebo control, y más efectiva que otros tratamientos activos de tipo cognitivo-conductual. Existen datos contradictorios sobre los beneficios de añadir reestructuración cognitiva a la terapia de exposición, aunque parece que puede ser útil aplicarlas de forma simultánea, sobre todo en pacientes con desregulación emocional más grave.
- Hay abundante evidencia de la efectividad del tratamiento por desensibilización y reprocesamiento a través de los movimientos oculares (EMDR). Aunque las intervenciones con EMDR están muy protocolizadas, pueden modificarse en cada caso según la opinión del clínico experto.
- Farmacológicamente existe la evidencia de que los inhibidores de recaptación de serotonina y la venlafaxina son efectivos en el tratamiento del TEPT, aunque el tamaño del efecto de los primeros es menor que para Venlafaxina. Además, se considera generalmente que los inhibidores de recaptación de serotonina son menos efectivos que las intervenciones psicológicas. No se encontraron diferencias significativas entre los inhibidores de la recaptación de serotonina (Sertralina, Fluoxetina y Paroxetina). Hay alguna evidencia, aunque limitada, de que los antipsicóticos, solos o en adicción a otra medicación son efectivos para tratar algunos síntomas de TEPT, no como un tratamiento de primera línea, de primera elección, solos o en combinación con psicoterapia a largo plazo. Otros fármacos como mirtazapina, fluvoxamina, reboxetina y risperidona, se consideran tratamientos de segunda línea. Igualmente pueden ser útiles en algunos casos los anticonvulsivantes gabapentina y pregabalina, así como el agonista alfa-adrenérgico clonidina. También prazosín ha demostrado una buena eficacia para reducir pesadillas y mejorar la calidad del sueño en pacientes con TEPT. también suelen usarse hipnosedantes (benzodiacepinas) para reducir la ansiedad y tratar el insomnio durante periodos breves de tiempo, valorando riesgos y beneficios.
- Los tratamientos psicológicos son recomendados preferentemente, aunque no existen estudios que comparen de forma directa Psicoterapia y Farmacoterapia. En muchas ocasiones se deja al juicio clínico, los valores y las preferencias del paciente, tanto como la respuesta individual al tratamiento. Entre las variables a tener en cuenta son: la competencia científico-técnica del terapeuta en relación

con el trauma, el ofrecer al paciente información sobre el tratamiento, aprendizaje de estrategias efectivas de afrontamiento, trabajando con una perspectiva personalizada que sea sensible a las diferencias sociodemográficas y culturales.

- Para planificar las intervenciones psicológicas más efectivas los profesionales de salud mental deben trabajar en equipo, priorizar el desarrollo de una buena alianza terapéutica, proporcionar al paciente un plan de tratamiento racional y expectativas de evolución esperanzadas, tener en cuenta la gravedad y las comorbilidades en su evaluación, así como evaluar la presencia de síntomas residuales que requieran tiempo extra de tratamiento, en un medio asistencial seguro.

Se recomienda que a los adultos que han experimentado un estresor potencialmente traumático se les debe proporcionar apoyo práctico, social y emocional, según sus necesidades, para facilitarles medios para gestionar el estrés y mantener expectativas positivas. Los adultos expuestos a estresores potencialmente traumáticos que deseen discutir la experiencia y demuestren la capacidad para tolerar el malestar asociado, podrían ser apoyados en este sentido, teniendo en cuenta los potenciales efectos adversos de una abreacción excesiva (no controlada) en los que estén muy estresados. En estos casos se debería hacer un seguimiento del impacto adverso de la experiencia traumática sobre su salud mental, como con riesgo para sí mismos o para terceros, con las evaluaciones diagnósticas y las intervenciones apropiadas.

En los frecuentes casos de TEPT con diversas comorbilidades, si la depresión es leve-moderada, se tratará primero el TEPT, porque a menudo la depresión mejora con el tratamiento del TEPT. Si la gravedad de la depresión impide el compromiso efectivo en la terapia y/o si se asocia con alto riesgo de suicidio, los profesionales deben priorizar el tratamiento de la depresión antes que tratar el TEPT. En caso de comorbilidad con trastornos por abuso de sustancias, se deberá integrar el tratamiento de ambas patologías, tratando primero el trastorno adictivo, porque el consumo empeora los síntomas del TEPT. El tratamiento específico del TEPT no debería comenzarse hasta que la persona haya demostrado la capacidad para gestionar el estrés sin recurrir al abuso de sustancias y acudir a las sesiones sin estar intoxicado. El tratamiento deberá incluir información sobre el TEPT y las estrategias para tratarle, cuando la persona controle su abuso de sustancias.

El TEPT tiene también un fuerte impacto psicológico sobre los familiares y otros allegados, que además pueden proporcionar un importante apoyo al paciente, contando siempre con el respeto a la confidencialidad personal. Aunque falta evidencia empírica, una buena práctica clínica debería involucrar a los familiares de forma adecuada y contando con la autorización del paciente. A menudo es útil invitar al familiar a una de las entrevistas iniciales para clarificar su rol de cuidador familiar de forma racional a lo largo del tratamiento.

En la guía se considera que la psicoterapia dinámica breve puede ser útil al paciente, sobre todo cuando se focaliza en verbalizar y elaborar la experiencia traumática. Lo que permite integrar de forma significativa los aspectos cognitivos, emocionales y sociales de la experiencia, para restablecer la sensación de control y el sentido de su vida.

### Consideraciones teórico-clínicas

Consideramos pertinente poner de manifiesto el contraste entre el hecho de que el Sistema Nacional de Salud español se encuentre a la cabeza de Europa en materia de salud, con los menores índices de morbi-mortalidad; y que, no obstante, en lo que respecta a la salud mental, España se encuentra a la cola de los países europeos. Este hecho tiene una primera explicación en el escaso número de profesionales destinados a la atención de la enfermedad mental, a pesar de que los trastornos mentales constituyen, en conjunto, el problema de salud más prevalente en Europa. Una de las razones de tal problema se encuentra en la falta de personal contratado (psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería, trabajadores sociales, etc.), lo que provoca problemas tales como las excesivamente largas listas de espera y la tendencia a recetar psicofármacos de manera abusiva, a pesar de sus efectos secundarios y de su dudosa efectividad clínica. Destaca en especial la escasa participación de psicólogos en el sistema sanitario español en comparación con psiquiatras, cuando además en estos últimos años se ha evidenciado la eficacia de algunos tratamientos psicológicos para determinados trastornos, como los de ansiedad, depresión y los relacionados con el estrés.

Según nuestra experiencia, en el tratamiento de estos pacientes es esencial el establecimiento de una relación de confianza y seguridad entre el paciente y el terapeuta (profesional responsable del equipo terapéutico), para hacer el diagnóstico e iniciar el tratamiento eficaz lo antes posible. Para lograrlo hay que construir una sólida alianza terapéutica que permita contener las ansiedades del paciente y anticipar la reactivación de experiencias traumáticas, lo que es previsible que ocurra, de forma que la relación terapéutica sea un espacio de seguridad en el que la relación de apoyo con el terapeuta es imprescindible, en relación directamente proporcional a las carencias reales de apoyo precoz. Del terapeuta se espera no solo competencia científico-técnica y experiencia en el ámbito de la psicotraumatología, sino también competencias psicosociales como empatía e inteligencia emocional, elevada motivación para ayudar al paciente e integridad ética. Dentro de la contención terapéutica resalta la importancia de la legitimización de la queja como consecuencia del daño traumático, y de las emociones negativas asociadas a este (rabia, terror, vergüenza, etc.). Hay que ayudar al paciente a reconocerlas y a utilizarlas de forma adaptativa como señales de alarma ante peligros internos y externos. El trabajo terapéutico con torturados y supervivientes de campos de concentración pasa por el cuestionamiento de los conceptos tradicionales de neutralidad y por no tratar de aplicar una teoría a una práctica de forma normativa o despersonalizada. Hay que habilitar un espacio interpersonal humano para que circule la palabra y evitar, por parte del terapeuta, la fascinación o la paralización por el horror, que le impediría trabajar en la recuperación de las personas con TEPT.

### Exposición controlada

La exposición controlada y progresiva a situaciones temidas permite perder el miedo a los recuerdos traumáticos pasados pero vividos en un presente continuo, característico del TEPT. Cuando un hecho ha causado un miedo intenso o fobia, una de las terapias más avaladas por la investigación y la experiencia clínica es la exposición (Wilson, Friedman y Lindy, 2001; Wilson y Keane, 2004). Está basada en la evidencia de que si una persona se queda el tiempo suficiente en la situación que le infunde miedo, este acaba por desaparecer. El afrontamiento proactivo del miedo es la forma mejor para atacar el propio miedo, mientras que la evitación nos sensibiliza más aún a él. La exposición consigue romper la asociación entre el estímulo y la respuesta emocional

condicionada, lo que promueve la disminución y extinción de la respuesta temida. Esta técnica consiste en volver a exponer a la persona a los estímulos asociados al acontecimiento traumático con el objeto de producir una habituación a dicha situación y así disminuir su nivel de respuesta de estrés. Permite poner control en una situación temida donde antes no lo había. Con la exposición se activa el miedo presente en los recuerdos traumáticos, después se permite al paciente tener una experiencia correctora en ausencia de consecuencias aversivas. En la terapia de exposición el objetivo es tener menos miedo a los recuerdos ya que las personas aprenden a temer a los pensamientos y sentimientos que les evocan un evento traumático pasado. En definitiva en la exposición se hace pasar de nuevo a la persona por la situación traumática que padeció, pero esta vez de una manera segura, de tal forma que ahora si tenga los recursos necesarios para enfrentar el suceso, afrontando positivamente el problema y combatiendo la evitación que hace que el trauma se perpetúe. La exposición controlada y progresiva (adecuada en tiempo y forma) a los estímulos ansiógenos hace posible la habituación y la inevitable reducción de la ansiedad.

Aunque se denomina *exposición en imaginación* en realidad se trata de una experiencia vivencial completa, que incluye aspectos cognitivos, emocionales y fisiológicos, en el aquí y ahora de la relación terapéutica. Esta experiencia es solo posible en el seno de una relación personal de calidad terapéutica entre el paciente y el terapeuta. Podemos decir con Joan Coderch (1990) que el principal instrumento de curación, más allá de los modelos teóricos y las intervenciones eficaces, es la calidad de la relación personal terapeuta-paciente: cada sesión constituye un espacio de seguridad en el que el paciente puede exponerse a sus contenidos mentales postraumáticos. Ese entorno seguro permite al paciente hacer una disociación operativa sanadora, con una parte de él sintiente y otra observante apoyada en el terapeuta. La sesión es una especie de simulador virtual que facilita al paciente reexperimentar su experiencia traumática en la seguridad del vínculo terapéutico. El paciente reexperimenta en vivo la experiencia traumática, con la sensación de que es algo que está pasando en el presente, a la vez que sabe que afortunadamente la realidad actual es otra diferente (salvo en los estados disociativos y psicóticos) lo que hace posible que se trate de una experiencia terapéutica correctiva o reparadora, y no otra revictimización yatrógena. Esta experiencia vivencial incluye contenidos emocionales actuales, contenidos cognitivos (pensamientos, recuerdos y creencias) maladaptativos: el paciente está prisionero en una cárcel invisible, neurobiológica, hasta que puede darse cuenta que ¡Vietnam pasó!

### **Psicoterapias dinámicas**

Desde Freud varios autores han contraindicado los psicoanálisis para los pacientes con TEPT, pero no así las psicoterapias dinámicas derivadas del psicoanálisis, focalizadas en el impacto del estresor potencialmente traumático. Así por ejemplo, Krystal (1988) advierte que revivir el trauma puede ser dañino para estos pacientes, con elevado riesgo de interrumpir el tratamiento o experimentar complicaciones médicas o conductuales graves. Igualmente este autor advierte sobre el riesgo de las respuestas contratransferenciales características frente a las víctimas de estresores potencialmente traumáticos. En este sentido es fundamental controlar la contratransferencia idealizada y omnipotente que puede llevar a funcionar como hadas buenas que son la fuente de todo bien para unos pacientes tan dañados, estimulando fantasías regresivas y una excesiva idealización de los terapeutas como figuras mesiánicas, lo que en definitiva inhibe el desarrollo emocional de los pacientes. En otros casos el paciente puede transferir sobre el terapeuta personajes incluidos en el evento traumático, con intensa hostilidad y un

funcionamiento paranoide, hasta que se ayuda al paciente a recupera el control mental y la reconstrucción de sus vivencias postraumáticas originarias con las personas relacionadas con el trauma, de una forma o de otra. En general hay que esforzarse por mantener una postura imparcial y observadora, aunque participante y presente, a la vez que con una actitud amable de estímulo para que el paciente reconstruya el cuadro completo del trauma (Gabbard, 2008). Técnicamente el terapeuta ha de ser especialmente respetuoso con el paciente para que este no se sienta invadido, y a la vez funcionar como un *Yo auxiliar* que lo ayude a lograr la integración de los diversos aspectos disociados de su *self*. Se trata de una meta realista, que depende de la recuperación de sus defensas yoicas maduras y de los aspectos sanos de personalidad previa. En los casos en que predominan las ansiedades de tipo persecutorio asociadas al peligro de aniquilación, la regresión yoica y las defensas inmaduras y paranoides, con grave daño del equilibrio psicológico previo, la persona afectada tiene una gran necesidad de un apoyo reasegurador efectivo. Por eso es tan importante el establecimiento de una rápida alianza terapéutica del paciente con un profesional experto que perciba empático, tranquilo y que no le juzga.

## EMDR

El EMDR o estimulación bilateral es una técnica muy efectiva para el tratamiento de personas con TEPT, incluso espectacular, una vez que han formado una sólida relación de confianza con sus terapeutas. El método fue descubierto accidentalmente por la Dra. Francine Shapiro quien cuando un día angustiada por un problema, empezó a mover sus ojos de izquierda a derecha instintivamente, se dio cuenta de que la ansiedad y preocupación mejoraba de forma notable. El hecho traumático es revivido una y otra vez como si estuviese pasando de nuevo ahora mismo. La aplicación del EMDR consiste en primer lugar en la desensibilización del recuerdo (se recuerda, pero ya no duele) y posteriormente en un reprocesamiento más adecuado e integrado en la memoria en el momento presente. La lógica de esta técnica se basa en que cuando ocurre un hecho traumático la información acerca del mismo permanece sin haber sido procesada, manteniendo bloqueadas las cogniciones y los sentimientos acerca del suceso. EMDR facilita el reprocesamiento del recuerdo traumático. Al estimular al mismo tiempo el hemisferio derecho y el izquierdo se ponen en común la parte cognitiva con la emocional, permitiendo que la asimilación del suceso sea más natural y adaptativa. EMDR mantiene el recuerdo sin la carga negativa que este suponía. El resultado final es como si al recuerdo se le despojase del malestar existente.

La estimulación bilateral puede ser:

- Visual: el paciente mueve los ojos de un lado al otro siguiendo los dedos del terapeuta.
- *Tapping* o kinestésica: golpes suaves y de forma alternada sobre las manos o los hombros del paciente.
- Auditiva: el paciente escucha sonidos alternativamente en cada oído.

En todos los casos, la estimulación bilateral hay que hacerla mientras se recuerda el hecho traumático dividido en las escenas más relevantes y ordenadas cronológicamente desde los sucesos más antiguos a los más modernos. Bajo el EMDR el paciente suele recordar otros acontecimientos periféricos ligados al suceso. Normalmente se hacen

tandas de 45 segundos y se le pregunta al paciente si le viene algún recuerdo añadido y que valore su grado de malestar. El objetivo es llegar a cero en cada escena traumática (Shapiro, 2000).

### **La terapia cognitiva**

La mayoría de los estudios publicados concluyen que los tratamientos cognitivo-conductuales son efectivos en el TEPT. Incluyen: entrenamiento en inoculación de estrés, terapia de exposición y tratamiento cognitivo, todos ellos focalizados sobre el estresor traumático. La tasa de abandono de estos tratamientos está alrededor del 20%, igual que en otros trastornos de ansiedad.

La terapia cognitiva, desarrollada por Beck, se basa en el supuesto de que la interpretación del trauma y las cogniciones asociadas son más determinantes que el suceso objetivo. En el caso de los Trastornos de ansiedad y el TEPT en particular, Clark y Beck (2010) han desarrollado un modelo teórico y de tratamiento cognitivo. En el caso del evento potencialmente traumático, los pensamientos asociados al miedo tienen una base real, pero se generalizan de forma arbitraria incluso en relación con estímulos ambiguos. La reestructuración cognitiva tiene por objeto corregir creencias irracionales, de forma que la persona pueda cambiar de forma de pensar respecto de su trauma y sus consecuencias. Por ejemplo, en estos pacientes son muy frecuentes los sentimientos impropios de culpa, a menudo potenciados desde su entorno, como por haber tenido abusos sexuales cuando se es niño, por haber sobrevivido a un accidente en el que otras personas han muerto al no haber sido capaz de evitar el hecho traumático etc. También son muy frecuentes otros pensamientos automáticos negativos de forma intrusiva, como de tipo persecutorio viendo el mundo como un lugar totalmente amenazador, como que vamos a tener nuevas experiencias traumáticas en cualquier momento, etc. La meta de la terapia cognitiva es enseñar a los pacientes a identificar sus cogniciones disfuncionales y poder discernir la evidencia a favor o en contra de las mismas. Al identificar los pensamientos distorsionados que mantienen el daño postraumático, pueden reemplazarlos por otros más realistas y construyen una nueva narrativa sobre el trauma más ajustada a la realidad actual. Es la valoración y no tanto los hechos lo que influye en las emociones y los pensamientos erróneos. El valor de esta técnica está en descubrir la inestabilidad e irrealidad de los pensamientos en la actualidad, porque el paciente seguía prisionero del pasado. El objetivo de esta técnica es identificar los pensamientos desadaptativos y cambiarlos por otros más adecuados. Beck utiliza la contrastación de hipótesis como factor corrector. Ante el paciente se propone cuestionar su hipótesis con los datos disponibles. Si existen evidencias que la soportan se mantiene, si no es así, se invita al paciente a cambiarla basada en la realidad de los hechos. Se basa en comprender y cambiar la forma de pensar acerca del trauma vivido y sus consecuencias. El objetivo es entender cómo ciertos pensamientos acerca del trauma causan estrés y hacen al mismo tiempo que los síntomas empeoren. Muchos psicólogos examinan el trauma a través del condicionamiento: Se aprende el miedo mediante el emparejamiento de estímulos mediante el condicionamiento clásico y se mantiene mediante la evitación a través del condicionamiento operante. Luego cualquier técnica en este modelo debe ir encaminada a extinguir el condicionamiento producido.

Cuando se produce un hecho traumático se producen diversas alteraciones en el pensamiento. La reestructuración cognitiva como estrategia general de la terapia cognitiva ayuda a las personas a darle un sentido más adaptativo a los malos recuerdos. A veces las personas recuerdan el acontecimiento de manera diferente de cómo sucedió.

La terapia consiste en adoptar un tono más realista y descargar al paciente de sentimientos limitativos. Se les ayuda a reaccionar de una forma mejor ante los acontecimientos dolorosos del estrés postraumático (Labrador Encinas, 2008).

### **Técnicas de gestión de la ansiedad, entrenamiento en relajación, desensibilización sistemática, reeducación respiratoria, entrenamiento autógeno, *mindfulness* y otras**

Se trata de técnicas eficaces para reducir el estado de hiperactivación y el estrés psicofisiológico del paciente, salvo cuando los niveles de ansiedad son excesivamente elevados para su capacidad de tolerancia a la ansiedad. Estas técnicas están diseñadas para sacar a la persona de sus síntomas y ayudarla a concentrarse en el “aquí y ahora” de seguridad, en compañía del terapeuta. Una persona que ha sufrido TEPT está siempre en continuo estado de alerta e hipervigilancia, en un estado de intensa ansiedad, en definitiva se siente continuamente amenazada. Vivir el presente (aquí y ahora) es un entrenamiento idóneo para mantener al paciente en cierto modo alejado de los traumas del pasado. La desensibilización sistemática incluye el aprendizaje de distintas técnicas de relajación que se aplican tras exponerse a los recuerdos del trauma durante 30 minutos cada día. Se construye una jerarquía de miedos y un plan de trabajo a realizar en su casa de forma individual o en pares de pacientes con el mismo trastorno. El ensayo conductual incluye entrenamiento en relajación y la práctica de exposición in vivo dos veces al día durante dos a cinco semanas.

El *mindfulness* tiene como objetivo reducir su estado de alerta. La práctica repetida de la atención plena permite a la persona desarrollar la habilidad de apartarse de los pensamientos y sentimientos angustiosos durante las situaciones de estrés en lugar de engancharse en preocupaciones ansiosas u otros patrones negativos de pensamiento. La ventaja de esta técnica es que la persona se concentra en la tarea que está realizando en ese momento, sin que la mente sea secuestrada por un pasado traumático que le impide vivir en el presente, y sin sensación de apego o rechazo, en un estado de paz y relajación. Es una forma concreta de atender a las experiencias del aquí y el ahora, y a la propia naturaleza de la mente desarrollando una forma especial de atención (Siegel, 2010).

### **Entrenamiento en inoculación de estrés**

El entrenamiento en inoculación de estrés, desarrollado por Meichenbaum desde 1975 (1987) integra técnicas cognitivas y conductuales, ha sido útil para reducir los síntomas de ansiedad en el estrés post-traumático: psicoeducación, con la mayor participación posible del enfermo sobre vulnerabilidades y posibilidades de control relativo del estrés personal de forma responsable, mejora de los recursos de afrontamiento (instrumentales y emocionales) para identificación y resolución de problemas orientados a controlar sentimientos de incapacidad, desesperanza y desmoralización. Incluye el aprendizaje de técnicas de relajación muscular, *role-playing*, parada del pensamiento y auto-diálogo dirigido. Se trata de aprender a reconocer y controlar emociones negativas, como la ira, planificando nuevas alternativas más adaptativas. Es importante apoyar a las personas a trabajar con sus propios medios para protegerse a si mismos, desarrollar sus propios recursos y autorregularse a fin de aumentar el control personal.

### **Terapia de aceptación y compromiso**

Este tipo de terapia, también llamada de tercera generación, en lugar de utilizar la exposición para reducir el miedo, redirige la actuación de la persona a conseguir una

nueva conducta dentro de sus valores que le ayude a afrontar situaciones amenazantes. Se trata de aceptar el sufrimiento y darle un sentido positivo al mismo. En este caso la exposición es menos dura porque damos por hecho que hay un sufrimiento y sin estar de acuerdo con el mismo es aceptado profundamente por la persona traumatizada. La terapia de aceptación y compromiso surgió con pacientes de consultas externas, con problemas graves de índole emocional y donde el terapeuta no tenía un control directo sobre el ambiente donde vivían. La fuerza de esta técnica consiste en ayudar al paciente a descubrir sus valores fundamentales y a aceptar el dolor de la búsqueda de una vida feliz. Se centra principalmente en el trabajo sobre los valores sin evitar el sufrimiento. Por medio de la autoaceptación, la observación de qué pensamos y las creencias que nos provocan dichos pensamientos, centrándose en lo actual, se busca guiar a que el paciente se involucre y comprometa a seguir sus propios valores independientemente de lo que la sociedad diga. Este paradigma asume que el dolor es una condición normal en la vida del ser humano y es inherente a él; sin embargo la cultura lo convierte en algo patológico y, por lo tanto, se tiende a evitar. La terapia de aceptación y compromiso considera que la evitación experiencial, fusión e inflexibilidad psicológica contribuyen al mantenimiento y desarrollo del trastorno, y que el grado de evitación experiencial predice la gravedad del funcionamiento psicológico postraumático, por encima de los efectos de gravedad del trauma. Ante todo la terapia de aceptación y compromiso propone una nueva filosofía de afrontar la vida (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014).

### **Tratamiento farmacológico**

El tratamiento farmacológico del TEPT basado en la evidencia empírica, y según las guías clínicas revisadas ha demostrado su utilidad para mitigar el sufrimiento y los síntomas del paciente con TEPT, para que no se cronifique y complique con las habituales comorbilidades asociadas, como el abuso de sustancias, que habitualmente se excluyen de los ensayos controlados. Además, dado el reciente conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos del TEPT, estas intervenciones psicofarmacológicas pueden tener un efecto directo sobre la patogenia de esta enfermedad. Además, un tratamiento farmacológico adecuado facilitará la comunicación y el progreso del tratamiento: la farmacoterapia y la psicoterapia adecuada se potencian entre sí de forma complementaria y sinérgica. Según la evidencia actual, en el TEPT los fármacos de primera elección son los inhibidores de recaptación de serotonina y los inhibidores de serotonina y noradrenalina, con una efectividad significativa y una baja tasa de respuesta a placebo, que se recomienda mantener, si se precisa, más allá del periodo inicial de 6 meses. Los estudios controlados con estos fármacos indican que son eficaces para reducir los síntomas de evitación y embotamiento, así como la hiperactivación y la impulsividad. En estudios abiertos y comunicaciones de casos, las alteraciones del sueño han mejorado con los fármacos siguientes: buspirona, trazodona, nefazodona, y zolpiden. En los casos leves de TEPT se recomienda el uso de psicoterapia adecuada al caso, y en los casos moderados o graves se considera mejor la combinación de tratamiento farmacológico y psicoterápico, por lo menos durante un periodo de doce meses o más tiempo si fuese necesario para lograr la estabilización clínica, con necesidad de realizar seguimiento posterior del caso. En general es útil identificar síntomas diana para seleccionar el tratamiento adecuado, como intrusiones, ansiedad, depresión, trastornos del sueño, etc. Esto previene un mayor deterioro del enfermo, aumenta la sensación de control sobre sus vidas y habitualmente facilita el trabajo psicoterapéutico. Así en caso de depresión mayor asociada es necesario evaluar el riesgo de suicidio, asegurar el cuidado del paciente y tomar las medidas contingentes con su estado clínico. La excesiva activación autonómica de estos pacientes puede reducirse con clonidina y betabloqueantes, y potenciando el

sistema gabaérgico a través de estabilizadores del ánimo como gabapentina, pregabalina, valproico y carbamacepina. De esta forma es posible disminuir la sensibilización neurobiológica y conductual del paciente, que no le permite tener un sueño de calidad y por el día tiende a reaccionar en exceso como si estuviera repitiéndose el trauma original.

Las benzodiacepinas son útiles en el tratamiento de la ansiedad, el insomnio y otras enfermedades médicas a corto plazo (menos de 3 meses), pero la elevada prescripción de este grupo de fármacos y el riesgo de abuso y dependencia, así como varios efectos secundarios, obliga a alertar sobre su excesiva utilización en nuestro país. Las guías clínicas y los informes de consenso recomiendan limitar el empleo de benzodiacepinas como ansiolíticos a 2-3 meses, con un mes destinado a su retirada gradual, a fin de prevenir el riesgo de dependencia. A más largo plazo, las benzodiacepinas suelen ser ineficaces en el TEPT e incluso pueden empeorar el estado clínico de los pacientes. En general, tratar con benzodiacepinas a los consumidores de drogas con trastornos de ansiedad no es recomendable, por el riesgo de desarrollar una nueva adicción a estas sustancias, así como por el riesgo de descontroles conductuales violentos. Los nuevos neurolépticos atípicos pueden utilizarse por sus efectos antiagresivos, disminuye la evitación condicionada y facilita la conducta social en modelos experimentales con roedores y en ensayos abiertos en pacientes con TEPT, en concreto con quetiapina (dosis media 100 mg/día), risperidona (dosis media 2-4 mg/día). Hay también dos ensayos controlados con placebo que demostraron la eficacia de risperidona para tratar el TEPT crónico, con reducción significativa de los síntomas.

### **La psicoterapia dinámica de grupo**

Esta herramienta auxiliar y complementaria de la psicoterapia individual, proporciona una buena oportunidad para reconstruir y dominar el trauma, igual que para el tratamiento del TEPT. Hablar del trauma con otras personas con experiencias similares, es sumamente terapéutico. Poder compartir su vivencia con otros (que vives como iguales a ti) ayuda a sentirse aceptado y comprendido, y a tener una sensación de que no es el único que ha sufrido un caso así. Ver las mismas emociones que se tienen en los otros, ayuda a liberarse de una forma más armónica. Es también sentir que no se está solo ante el dolor y que la persona puede ayudar a los demás y ser ayudado. Las intervenciones psicodinámicas grupales aplicadas precozmente previenen o mejoran el desarrollo de estados crónicos. Específicamente, la psicoterapia dinámica considera las estrategias de evitación como formas patológicas de defensa, apoya un afrontamiento activo orientado a la identificación y resolución de problemas, y trata de lograr confrontaciones tolerables con sentimientos de recuerdos dolorosos. Las aproximaciones dinámicas, como las intervenciones cognitivo-conductuales, pueden reducir la intensidad de los síntomas característicos del TEPT, aunque en los casos graves es recomendable asociar tratamientos farmacológicos, es decir utilizar tratamientos integrados.

### **Apoyo y participación de la familia y de la pareja**

Con frecuencia los familiares del enfermo con TEPT son negativamente afectados por el sufrimiento y el deterioro en el funcionamiento interpersonal del paciente. Así en las esposas de los veteranos norteamericanos de la guerra de Vietnam, se han detectado mayores tasas de depresión, somatización y otros trastornos relacionados con el estrés.

Desde la perspectiva constructivista cada persona es el principal artífice que da sentido a sus experiencias vitales estresantes, mientras que fracasa cuando se trata de

experiencias traumáticas. En este último caso la tarea de reparación del daño biopsicológico que caracteriza el TEPT demanda una intervención terapéutica orientada tanto a la reparación de los sistemas psicobiológicos afectados y al alivio del sufrimiento personal, como al procesamiento de la información que no ha podido ser procesada de forma satisfactoria. La gran variabilidad de los recursos adaptativos refleja diferencias individuales de personalidad previa, que condicionan no solo la forma de presentación de los síntomas, sino el grado de vulnerabilidad para enfermar.

### Referencias

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.
- Baldwin, D. S., Anderson, I. M., Nutt, D. J., Allgulander, C., Bandelow, B., den Boer, J. A., ... Wittchen H. U. (2014). Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 28(5), 1-37.
- Brown, G. W. y Harris T. (1978). *Social origins of depression: a study of psychiatric disorders in women*. Londres, Reino Unido: Tavistock.
- Clark, D. A. y Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Coderch, J. (1990). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona, España: Herder.
- Cohen, S. y Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. Nueva York, Estados Unidos: Academic Press.
- Forbes, D., Creamer, M., Bisson, M., Cohen, J. A., Crow, B. E., Foa, E. B., ... Ursano, R. J. (2010). A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 537-552.
- Freud, S. (1976). Sobre la dinámica de la transferencia. En: *Obras Completas* (Vol. XII, pp. 93-105). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Obra original publicada en 1912)
- Gabbard, G. (2008). *Tratamiento de los trastornos psiquiátricos* (Tomo I). Barcelona, España: Ars Medica.
- Hayes, S. C., Stroschal, K. D. y Wilson, K. G. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación*. Madrid, España: Espasa.
- Horkheimer, M. y Adorno, T. (1994) *La dialéctica de la Ilustración*. Madrid, España: Trotta.
- Horowitz MJ. (1986). *Stress response syndromes*. Nueva York, Estados Unidos: Jason Aronson.
- Krystal, J. H. (1988). *Integration and self-healing: Affect trauma, alexitimia*. Nueva York, Estados Unidos: Analytic Press.
- Labrador Encinas F. J. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid, España: Pirámide.
- Lewis, C., Roberts, N. P., Bethell, A., Robertson, L. y Bisson, J. I. (2018). Internet-based cognitive and behavioural therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011710.pub2>.
- Medina Amor, J. L. (2015). *Trauma psíquico*. Madrid, España: Paraninfo.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona, España: Martínez Roca.

- Norcross, J. C. y Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48, 98-102.
- Orengo García, F. (2006). *Maltrato y estrés postraumático* (Vol. I y II). Madrid, España: Entheos, 100.
- Orth-Gomer, K., Rosengren, A. y Wilhelsen, L. (1993). Lack of social support and incidence of coronary heart disease in middle-aged Swedish men. *Psychosomatic Medicine*, 55, 37-43.
- Rodríguez-Morejón, A. (2016). El cliente en psicoterapia: contribución al resultado terapéutico. *Anales de Psicología*, 32(1), 1-8.
- Sánchez González, A. (2000). Tratamientos psiquiátricos de las víctimas del terrorismo. *Archivos de Psiquiatría*, 63(3), 297-310.
- Shapiro, F. (2010). *Desensibilización y reprocesamiento a través del movimiento ocular*. Ciudad de México, México: Pax.
- Siegel, D. J. (2010). *Cerebro y mindfulness*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-470.
- Van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L. y Simpson, W.B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: Treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 37-46.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, Estados Unidos: Erlbaum.
- Wilson, J. P., Friedman, M. y Lindy J. D. (2001). *Treating psychological trauma and PTSD*. Nueva York, Estados Unidos: The Guilford Press.
- Wilson, J. P. y Keane, T. M. (2004). *Assessing psychological trauma and PTSD*. Nueva York, Estados Unidos: The Guilford Press.
- World Health Organization. (2013) *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Ginebra, Suiza: WHO. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85119/9789241505406\\_eng.pdf;jsessionid=9FCAABEC9732EF3CB2D23BB351C5A015?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85119/9789241505406_eng.pdf;jsessionid=9FCAABEC9732EF3CB2D23BB351C5A015?sequence=1)