



# MANUAL CEDE DE PREPARACIÓN

PIR



# GUÍA DE TRATAMIENTOS

# **GUÍA DE TRATAMIENTOS**

**TODO EL MATERIAL,  
EDITADO Y PUBLICADO  
POR EL CENTRO DOCUMENTACIÓN  
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES,  
ES ÚNICO Y EXCLUSIVO  
DE NUESTRO CENTRO.**

ISBN: 978-84-16751-95-2  
Depósito Legal: M-15394-2020  
EDITA Y DISTRIBUYE: CEDE

**ES PROPIEDAD DE:**



**CENTRO DOCUMENTACIÓN  
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES**

**© RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS**

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento, incluyendo la reprografía y el tratamiento informático sin la autorización de CEDE.

## COORDINADORES

**José Luis Santos Ruiz**  
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.  
FEA Psicología Clínica Hospital Complejo  
Hospitalario de Toledo.  
Hospital Virgen de la Salud. SESCAM.

**Luis Javier Sanz Rodríguez**  
Doctor en Psicología.  
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.  
FEA Psicología Clínica Hospital Universitario  
de Guadalajara. SESCAM.

## AUTORES/AS

**TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS**  
**TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO**  
**TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A LA HEROÍNA**  
**TRATAMIENTO PARA LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA**  
**TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO**  
**TRATAMIENTO DEL JUEGO PATOLÓGICO**

**Marta Álvarez Calderón**  
Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.  
FEA Psicología Clínica Hospital Rey Juan Carlos  
Madrid.  
**Álvaro Mancho Triguero**  
Psicólogo Interno Residente.  
Hospital Universitario La Paz de Madrid.

**TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD**  
**TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS**  
**TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)**

**Luis Javier Sanz Rodríguez**  
Doctor en Psicología.  
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.  
FEA Psicología Clínica Hospital Universitario de  
Guadalajara. SESCAM.  
**Álvaro Mancho Triguero**  
Psicólogo Interno Residente.  
Hospital Universitario La Paz de Madrid.

**TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS**  
**TRATAMIENTO DEL TRASTORNO BIPOLAR**  
**TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN**

**Juan Antequera Iglesias**  
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.  
FEA Psicología Clínica Hospital Virgen de la  
Misericordia de Toledo.  
**Álvaro Mancho Triguero**  
Psicólogo Interno Residente.  
Hospital Universitario La Paz de Madrid.

**TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y TRASTORNOS RELACIONADOS**  
**TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS**  
**TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA INGESTA DE ALIMENTOS**  
**TRATAMIENTO DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES, TRASTORNOS PARAFÍLICOS Y DISFORIA DE GÉNERO**  
**TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO-VIGILIA**  
**TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA**  
**TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

**Juan Jesús Muñoz García**  
Doctor en Psicología.  
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.  
Coordinador de Rehabilitación del Área de Salud  
Mental del Hospital San Juan de Dios de  
Ciempozuelos (Madrid).  
Tutor PIR.  
**Álvaro Mancho Triguero**  
Psicólogo Interno Residente.  
Hospital Universitario La Paz de Madrid.

TRATAMIENTO DE INTERVENCIÓN EN DISCAPACIDAD INTELECTUAL  
TRATAMIENTO DEL TRASTORNO AUTISTA  
TRATAMIENTO DE INTERVENCIÓN EN TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN  
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE APRENDIZAJE  
TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD  
TRATAMIENTO PARA LOS TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA  
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL  
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN  
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL  
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA  
TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL  
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL TRAUMA Y LOS ESTRESORES  
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS  
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS BIPOLARES  
TRATAMIENTO DE LOS MALOS TRATOS Y ABUSO SEXUAL  
TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

**Victoria Alonso Martín**

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.  
Doctora en Psicología.  
FEA Psicología clínica hospital de día infanto juvenil de Vallecas.  
Master en terapias contextuales.

**María Villacañas Blázquez**

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.  
Máster en Atención Temprana.

**Diego Carracedo Sanchidrián**

Psicólogo Interno Residente. Hospital Universitario La Paz. Madrid.  
Máster en Terapias de Tercera Generación.

**Álvaro Mancho Triguero**

Psicólogo Interno Residente.  
Hospital Universitario La Paz de Madrid.

TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS  
TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA PRIMARIA  
TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA  
TRATAMIENTO DE LAS CEFALÉAS  
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS CARDIOVASCULARES  
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS GASTROINTESTINALES  
TRATAMIENTO DEL ASMA  
TRATAMIENTO DEL CÁNCER  
TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO  
TRATAMIENTO DEL VIH Y EL SIDA

**Lidia Carrillo**

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.  
FEA Psicología Clínica Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.


**Álvaro Mancho Triguero**

Psicólogo Interno Residente.  
Hospital Universitario La Paz de Madrid.

## ¿POR QUÉ ESTE MANUAL?

En los últimos exámenes PIR, el grupo de preguntas dedicada a los tratamientos ha aumentado considerablemente. Los tratamientos psicológicos ocupan un lugar transversal en el campo de la Psicología y por lo tanto en los Manuales de Preparación PIR de CEDE. En los Manuales del 1 al 4 (Psicopatología, Psicología Clínica, Psicología Clínica Infantil y Psicología de la Salud) nos encontramos con los programas de tratamiento para cada patología específica desarrollados de forma pormenorizada y en el Manual 6 (Psicoterapias) están descritas las técnicas que se implementan en dichos programas.

En este nuevo volumen ofrecemos una integración de los contenidos de los volúmenes anteriores centrándonos en un aspecto nuclear: favorecer una labor de síntesis que sirva para el repaso, estudio y consolidación entrelazando los programas de tratamiento, las técnicas y las preguntas de convocatorias por patologías.

En los temas esenciales se destacan con el icono  aquellos contenidos que han sido objeto de examen en repetidas ocasiones y cuyo estudio en profundidad resulta imprescindible.

Esperamos que sea de tu utilidad.

## ¿CÓMO?

La estructura de cada tema es la siguiente:

1. Aspectos clave.
  - 2.1. Tratamiento Psicológico.
  - 2.2. Otros tratamientos.
3. Eficacia de los tratamientos.
4. Preguntas convocatorias previas.
5. Tabla resumen.

## ASPECTOS PREVIOS

La evaluación de la **eficacia, eficiencia y efectividad** de un tratamiento psicológico es un aspecto central que está recibiendo desde los años 90 una atención cada vez mayor. La investigación de estos aspectos se refleja en las Guías de Práctica Clínica, herramientas fundamentales en el trabajo aplicado.

A la hora de valorar la utilidad de una intervención psicológica hay que tener en cuenta unos conceptos previos (Pérez Álvarez, 2002):

**a) Eficacia:** definida como la capacidad que tiene un tratamiento para producir cambios psicológicos (*conductuales o de otro tipo*) en la dirección esperada que sean claramente superiores a la no intervención, el placebo y otra modalidad de intervención. Los requisitos metodológicos para hablar de eficacia son importantes: disponer de grupos homogéneos de pacientes, asignación aleatoria de los sujetos al grupo control y grupo de tratamiento, método “ciego” donde el

sujeto no sabe a qué grupo pertenece, evaluación e intervención sistematizada y estandarizada principalmente.

Los tratamientos aplicados bajo estas circunstancias tienen una **elevada validez interna**, pero menos validez externa. Podemos inferir que dicho tratamiento en circunstancias muy controladas funciona. El problema radica en la validez externa, es decir, en qué medida estos resultados son extrapolables los pacientes en condiciones “reales”, es decir, si dichos programas de tratamiento son aplicables a la práctica clínica real.

**b) Efectividad:** definida como la capacidad de los tratamientos para lograr cambios psicológicos en la población clínica habitual. En estos estudios **aumenta la validez externa** en detrimento de la validez interna. A nivel metodológico no hay siempre asignación aleatoria de los grupos (*el paciente puede elegir entre los tratamientos disponibles*), no hay tanta homogeneidad en los mismos, el paciente elige el tipo de tratamiento (no hay por lo tanto método ciego y las expectativas pueden influir de forma notable en los resultados).

Los estudios de eficacia (validez interna) deberían ser un prerrequisito para los estudios de efectividad (validez externa). Cualquier programa de intervención que se incorpora en las Guías De Práctica clínica ha de contar con suficiente validez interna y externa.

**c) Eficiencia:** lograr los mayores cambios en la población clínica con el menor coste posible.

Para valorar la eficacia de un tratamiento psicológico utilizaremos de forma prioritaria los criterios de la división 12 de la APA recogidos en Marino Pérez (2002) que aparecen en la siguiente tabla:

CRITERIOS APA
<b>Tratamiento bien establecido (eficacia tipo 1)</b>
I. Al menos 2 estudios de grupo de 2 investigadores distintos ha demostrado: a) Es superior al tratamiento farmacológico, placebo u otro. b) Es equivalente a otro tratamiento bien establecido. II. Una serie amplia de estudios de caso único: a) Con buen diseño experimental. b) Mejora comparado con tratamiento farmacológico, placebo u otro.
<b>Tratamiento probablemente eficaz (eficacia tipo 2)</b>
III. Dos estudios demuestran que es más eficaz que la lista de espera. IV. Dos estudios del mismo investigador ha demostrado eficacia. V. Dos estudios demuestran eficacia pero con muestras heterogéneas. VI. Serie pequeña de estudios de caso único (menos de 3).
<b>Tratamiento en fase experimental (eficacia tipo 3)</b>
VII. Tratamientos que no se ajustan a las condiciones anteriores.

Estos criterios no son utilizados por todos los manuales de referencia, por lo que en las tablas resumen añadiremos los criterios recogidos por otros autores relevantes.

La información sobre las recomendaciones se plasma en las **Guías de Práctica Clínica**. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un “conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes” (GuiaSalud, 2014).

Existen diversos criterios sobre las recomendaciones de diversos tratamientos en base al grado de evidencia. Por ejemplo, la **Agency for Healthcare Research and Quality** los divide en tres tipos con base en la investigación para apoyar dichos tratamientos:

- A) Grado de **evidencia buena** para recomendar un tratamiento (*equivalente a la Eficacia tipo 1*).
- B) Grado de **evidencia moderada** (*equivalente a la Eficacia tipo 2*).
- C) Recomendación basada en el **consenso de expertos** (*equivalente a la Eficacia tipo 3*).

Pasamos a desarrollar los temas.





## ÍNDICE GENERAL

### ADULTOS

Tratamiento de los trastornos neurocognitivos .....	13
Tratamiento de las drogodependencias.....	17
Tratamiento del alcoholismo .....	25
Tratamiento de la adicción a la heroína.....	33
Tratamiento para la adicción a la cocaína .....	37
Tratamiento del tabaquismo .....	41
Tratamiento del juego patológico.....	47
Tratamiento de los trastornos de ansiedad.....	53
Tratamiento de los trastornos psicóticos .....	95
Tratamiento del trastorno del estrés postraumático (TEPT) .....	133
Tratamiento de los trastornos obsesivo-compulsivos .....	145
Tratamiento del trastorno bipolar .....	161
Tratamiento de la depresión .....	169
Tratamiento del trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados.....	201
Tratamiento de los trastornos disociativos.....	215
Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.....	219
Tratamiento de las disfunciones sexuales, trastornos parafilicos y disforia de género .....	243
Tratamiento de los trastornos del sueño-vigilia .....	257
Tratamiento de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta .....	271
Tratamiento de los trastornos de la personalidad.....	275

### INFANTIL

Tratamiento de intervención en discapacidad intelectual .....	313
Tratamiento del trastorno autista .....	319
Tratamiento de intervención en trastornos de la comunicación.....	327
Tratamiento de los trastornos de aprendizaje.....	333
Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.....	339
Tratamiento de los trastornos motores .....	355
Tratamiento para los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta .....	363
Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en población infanto-juvenil.....	383
Tratamiento de los trastornos de la eliminación .....	389
Tratamiento de los trastornos del sueño en población infanto-juvenil .....	403
Tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia.....	411
Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo en población infanto-juvenil.....	441
Tratamiento de los trastornos relacionados con el trauma y los estresores .....	445
Tratamiento de los trastornos depresivos.....	449
Tratamiento de los trastornos bipolares.....	461
Tratamiento de los malos tratos y abuso sexual.....	465
Tratamiento de las adicciones en población infanto-juvenil.....	477

**SALUD**

Tratamiento de la diabetes mellitus .....	481
Tratamiento de la dismenorrea primaria .....	485
Tratamiento de la fibromialgia.....	487
Tratamiento de las cefaleas.....	489
Tratamiento de los trastornos cardiovasculares .....	493
Tratamiento de los trastornos gastrointestinales .....	499
Tratamiento del asma .....	501
Tratamiento del cáncer .....	507
Tratamiento del dolor crónico .....	519
Tratamiento del VIH y el sida.....	523
<b>A MODO DE RESUMEN .....</b>	<b>527</b>

## 1. ASPECTOS CLAVE

- Desde la convocatoria 1993, tan sólo ha habido tres preguntas relativas al tratamiento de los trastornos neurocognitivos, siendo la última en el año 2000.
- No obstante, conviene conocer superficialmente los tratamientos, por su inclusión en manuales de referencia recientes (Vallejo, 2016) y por la actualización reciente de las guías al respecto (NICE, 2018).

## 2. TRATAMIENTOS

### 2.1. Tratamiento psicológico

TRATAMIENTOS NO SOMÁTICOS	
Tratamientos	Descripción
<b>Terapia de orientación a la realidad (TOR) de Folsom</b>	<p>Trata de mejorar la orientación del paciente, empleando claves externas (relojes, calendarios, infográficos...). No requiere de profesional experto para su aplicación.</p> <p>Se pueden distinguir dos versiones del TOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>TOR formal:</b> sesiones intensivas en formato individual o grupal.</li> <li>– <b>TOR informal:</b> formato continuado de 24 horas.</li> </ul> <p>Se aprecian mejorías tan sólo en casos de deterioro leve.</p>
<b>Reminiscencia</b>	<p>Su principal objetivo es ayudar a mantener un sentido de continuidad de la identidad.</p>
<b>Programas de psicoestimulación multicomponente</b>	<p>En primer lugar, surge la necesidad de distinguir entre dos conceptos fundamentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Entrenamiento cognitivo:</b> utilización de estrategias para mejorar el aprendizaje verbal y otras capacidades cognitivas. Pueden ser sesiones grupales o individuales, de 20-90 minutos de duración. Se aplica durante un mínimo de dos semanas, al menos dos veces por semana.</li> <li>– <b>Estimulación cognitiva:</b> actividades temáticas para orientar y poner en juego las capacidades cognitivas (por ejemplo, actividades de asociación y categorización).</li> </ul> <p>Se han creado muchos programas de psicoestimulación multicomponente, todos ellos apoyados en la neuroplasticidad, y en distintos formatos. No obstante, las sesiones duran entre 30 y 210 minutos y se aplican con una frecuencia de 1-5 veces por semana.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Programa de Psicoestimulación Integral (PPI) de Tárraga:</b> intervención multicomponente, en el que los pacientes son agrupados en función del subtipo de funciones afectadas y grado de severidad, siendo programas individualizados en formato grupal. Se incluyen actividades de talleres de estimulación cognitiva, terapias físicas y talleres ocupaciones.</li> <li>– <b>Programa de Yanguas y cols.:</b> tiene un carácter preventivo para el envejecimiento normal y un carácter preventivo-rehabilitador-paliativo según estadios de evolución de la enfermedad de Alzheimer.</li> </ul>

## 1. ASPECTOS CLAVE

- Hasta la convocatoria 2007 solo hay una pregunta de examen acerca de los **tratamientos para el TEPT** (PIR 00, 122). Desde entonces el número de preguntas se ha incrementado muy significativamente, resultando inusual la ausencia de preguntas sobre este tema en cada convocatoria.
- La **terapia de exposición** prolongada de Foa y el **EMDR** de Shapiro han sido los programas de tratamiento más preguntados en el examen, tanto acerca de sus características como de su eficacia.
- La administración única y exclusiva de **terapia farmacológica** carece de sentido como tratamiento del TEPT. En consecuencia, la farmacoterapia no ha generado ninguna pregunta en ninguna convocatoria PIR.



- **Terapia de exposición para el TEPT.**
- **EMDR.**
- **Terapias cognitivas para el TEPT.**

## 2. TRATAMIENTOS

### 2.1. Tratamiento psicológico

Una forma de clasificar las distintas técnicas que se vienen utilizando en el tratamiento del TEPT es hacerlo en función del foco de la intervención. De este modo, podemos distinguir:

- **Tratamientos centrados en el pasado** (sitúan el foco de la intervención en el trauma). Buscan el procesamiento de las memorias traumáticas, emociones, creencias y sensaciones corporales.
- **Tratamientos focalizados en el presente.** Se centran en el aprendizaje de habilidades (interpersonales, cognitivas y conductuales) que mejoran el funcionamiento de la persona.
- **Tratamientos mixtos** que combinan pasado y presente.

Los programas de tratamiento psicológico para el TEPT son:

TRATAMIENTOS DEL TEPT CENTRADOS EN EL PASADO	
Tratamientos	Descripción
<b>Terapia de exposición prolongada de Foa (2007)</b>	<p>Tratamiento eficaz y <b>de elección</b> para el TEPT, que trata de favorecer, mediante la exposición prolongada, el reprocesamiento emocional del trauma (siguiendo el modelo teórico de la autora).</p> <p>Es un tratamiento <b>individual</b>, estructurado en <b>10 sesiones</b>, cuyos principales componentes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Psicoeducación: sobre el trastorno y sobre el tratamiento. Incluye el uso de metáforas, como la <i>metáfora de la indigestión psicológica</i>.</li> <li>– Respiración y relajación con imaginación guiada y un “lugar seguro”: es una estrategia paliativa que comienza desde la primera sesión.</li> <li>– Exposición <b>en imaginación a los recuerdos</b> traumáticos: exposición durante 45-60 minutos, seguida de un breve periodo de discusión. En traumas complejos o múltiples es conveniente escoger el más molesto para realizar la exposición.</li> <li>– Exposición <b>en vivo jerarquizada a las situaciones</b> no peligrosas evitadas.</li> <li>– Reestructuración cognitiva de las creencias de que el mundo es peligroso y no se tiene control: incluye el cuestionamiento mediante el método socrático.</li> </ul> <p>Vallejo (2016) y Pérez (2010) dan una serie de pinceladas acerca de la eficacia de esta terapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La exposición prolongada no sólo reduce la clínica postraumática, sino que logra reducir la <b>sintomatología ansiosa y depresiva relacionada</b>, así como otros síntomas, y aumenta el sentido de confianza y autoeficacia.</li> <li>– Se ha visto que añadir intervenciones cognitivas a la exposición no aumenta la eficacia de la exposición, de forma general.</li> <li>– La exposición es <b>bien tolerada</b> por los pacientes, no causa exacerbación de los síntomas a largo plazo, y las mejorías encontradas se mantienen a medio y largo plazo. No se han hallado efectos adversos.</li> <li>– La exposición <b>en grupo</b> es un tratamiento <b>efectivo</b>.</li> <li>– La terapia de exposición mejora los resultados del tratamiento farmacológico y favorece la adherencia al mismo.</li> <li>– La tasa de abandonos oscila entre el 20-50%.</li> <li>– No todas las personas son susceptibles de beneficiarse de la exposición, y normalmente suelen <b>descartarse</b> pacientes con ideación suicida, conducta homicida, autolesiones, psicosis o una falta de memoria del acontecimiento.</li> <li>– A pesar de toda la evidencia, la terapia de exposición es poco utilizada.</li> <li>– A pesar de todo, la exposición presenta una serie de <b>limitaciones</b>: la ira o la culpa pueden dificultar la exposición; puede provocar ansiedad; los resultados son peores si existe abuso de alcohol o comorbilidad con otros trastornos, pudiendo llegar a exacerbarlos; la exposición influye en los síntomas positivos, pero no en los negativos; la DS no ha probado su eficacia de modo satisfactorio en el TEPT; no hay resultados controlados de la eficacia terapéutica a través de RV.</li> </ul> <p>Por último, es conveniente tener en cuenta las siguientes pautas de actuación y de indicación de la exposición:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La exposición está <b>recomendada</b> en: pacientes con TEPT y psicopatología relacionada, independientemente del tipo de trauma; pacientes con memoria y narrativa del acontecimiento.</li> <li>– Se ha de tener <b>precaución</b> en casos de: abuso o dependencia de sustancias; trastornos de personalidad; ira, culpa o vergüenza; síntomas disociativos.</li> <li>– La exposición <b>no está recomendada</b> en pacientes con: depresión grave e ideas de suicidio inminente; ausencia de recuerdo del trauma; TEPT complejo y mínima capacidad para la regulación emocional; síntomas disociativos severos.</li> </ul>

TRATAMIENTOS DEL TEPT CENTRADOS EN EL PASADO	
Tratamientos	Descripción
<b>Exposición a través de realidad virtual “El mundo de Emma” de Botella (2010)</b>	Representación del trauma mediante <b>realidad virtual</b> con el fin de activar y procesar las emociones y cogniciones relacionadas. Tiene tres elementos principales: la habitación, el “libro de la vida” y diferentes ambientes virtuales.
<b>EMDR de Shapiro (2002)</b>	<p>Es un tratamiento que <b>no</b> deriva de una perspectiva teórica, sino que fue por primera vez descrito por su autora (modelo de procesamiento de la información de Shapiro). Es un abordaje comprensivo que se integra con facilidad en otros procesos psicoterapéuticos.</p> <p>Este tratamiento pretende la desensibilización sistemática del material postraumático y la reintegración en la memoria por <b>estimulación bilateral o movimientos oculares</b>. Considera que el acontecimiento traumático es codificado de modo disfuncional en el sistema de memoria de la persona. Se centra en la <b>experiencia corporal del afecto</b>.</p> <p>El procedimiento consta de <b>ocho fases</b>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Historia</b> del paciente y <b>plan</b> de tratamiento.</li> <li>2. <b>Preparación</b>: evaluación de habilidades de afrontamiento, instrucción en técnicas de manejo de la ansiedad.</li> <li>3. <b>Evaluación</b>: selección del recuerdo traumático a sustituir y la cognición positiva que lo reemplace.</li> <li>4. <b>Desensibilización y reprocesamiento</b>: pone en marcha la <b>estimulación bilateral</b> y exposición. La fase concluye cuando al concentrarse en el blanco original la reacción sea al menos neutra (en lugar de negativa).</li> <li>5. <b>Instalación</b>: se procede con la <b>estimulación bilateral</b> manteniendo la cognición positiva en mente. El paciente debe evaluar la veracidad que le asigna a la nueva cognición positiva, acabándose esta fase cuando se llegue a un 6-7 en una escala del 1 al 7.</li> <li>6. <b>Body Scan</b>: chequeo de las sensaciones corporales.</li> <li>7. <b>Cierre</b>: devolver al paciente a un estado de equilibrio emocional.</li> <li>8, <b>Reevaluación</b>: al comienzo de cada sesión se comprueba si los efectos logrados anteriormente se mantienen o no.</li> </ol> <p>Curiosamente, la <b>estimulación bilateral es el elemento más cuestionado</b> al intentar buscar la eficacia diferencial de los componentes del EMDR; sea como fuere, esta terapia no es una forma de exposición.</p>
<b>Terapia de exposición narrativa (NET) de Schauer, Neuer y Elbert (2005)</b>	<p>Es un tratamiento manualizado que se fundamenta en la Teoría de la Representación Dual de Brewin, entre otros modelos cognitivos.</p> <p>Mediante elementos de exposición, terapia cognitiva y el testimonio de los abusos, pretende <b>facilitar la integración del trauma en la memoria autobiográfica</b> de la persona. La intervención no se centra en la experiencia traumática más dura, sino en narrar todas las experiencias estresantes por orden cronológico (<b>línea de la vida</b>), para llevar al paciente a una inhibición gradual de su respuesta de miedo que reduzca la sintomatología postraumática.</p> <p><b>Componentes</b>: psicoeducación (<b>línea de la vida</b>), exposición, terapia cognitiva, <b>testimonio</b> del trauma.</p>
<b>Hipnosis clínica para el tratamiento del TEPT de Spiegel (1988)</b>	Se emplea para los <b>síntomas disociativos</b> con el fin de recuperar recuerdos, devolver la conexión de afecto y recuerdos y posibilitar la transformación del material traumático.

## TRATAMIENTOS DEL TEPT CENTRADOS EN EL PASADO

Tratamientos	Descripción
<b>Debriefing del Estrés por Incidentes Críticos de Mitchell (1983)</b>	Técnica <b>preventiva breve</b> que tiene lugar poco después del acontecimiento traumático para prevenir consecuencias posteriores a través de la normalización de las reacciones y la preparación para las posibles experiencias futuras. Aunque inicialmente fue planteado como un tratamiento grupal, habitualmente se aplica de manera individual. Consta de siete fases. Algunos estudios han mostrado que es posible que esta técnica retraumatice a los pacientes.

## TRATAMIENTOS DEL TEPT CENTRADOS EN EL PRESENTE

Tratamientos	Descripción
<b>Entrenamiento en inoculación de estrés para el TEPT de Kilpatrick (1982)</b>	Promueve el manejo de la ansiedad mediante el aprendizaje de <b>nuevas habilidades</b> : relajación, respiración, autoinstrucciones exposición en vivo, parada de pensamiento, distracción y entrenamiento en asertividad. Es una intervención especialmente útil para aquellas personas con un <b>elevado grado de ira</b> .
<b>Terapia dialéctica conductual para el TEPT (Wagner y Linehan, 2006)</b>	Se entrenan diversas habilidades: regulación emocional, aceptación, tolerancia al malestar, control de la ira, aprender a calmarse y mindfulness.
<b>Terapia de ensayo en imaginación de Krakow y Zadra (2006)</b>	Tratamiento dirigido a cambiar las <b>pesadillas</b> por un nuevo sueño más benigno.
<b>Entrenamiento en relajación</b>	Aprendizaje de técnicas de control de la activación para reducir los síntomas de ansiedad asociados al TEPT.
<b>Mindfulness o atención plena para el TEPT (Lang, 2012)</b>	Se entrena la capacidad para centrarse en el presente sin que las emociones negativas y los pensamientos intrusivos relacionados con el trauma.

## TRATAMIENTOS MIXTOS DEL TEPT

Tratamientos	Descripción
<b>Terapia cognitiva</b>	Todas las terapias cognitivas (Beck, Resick y Schnike, Ehlers y Clark) incluyen <b>exposición y reestructuración cognitiva</b> . Se ha concluido (Vallejo, 2016) que el <b>componente cognitivo es el verdadero componente activo</b> de la intervención, siendo el que altera el significado del recuerdo traumático. La terapia cognitiva para el TEPT se ha visto también eficaz en la prevención y reducción de la ansiedad y depresión comórbida, y en la mejora del funcionamiento y calidad de vida.
	<b>Terapia cognitiva para el TEPT de Beck (2012)</b>



TRATAMIENTOS MIXTOS DEL TEPT	
Tratamientos	Descripción
Terapia cognitiva	<p><b>Terapia cognitiva para el TEPT de Beck (2012)</b></p> <p>La terapia cuenta con los siguientes componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Psicoeducación:</b> corregir malentendidos sobre el TEPT, dar información, lograr que el paciente acepte el modelo cognitivo, conseguir la colaboración.</li> <li>– <b>Reestructuración cognitiva centrada en el trauma:</b> identificación de pensamientos y creencias, cuestionamiento socrático, descubrimiento guiado, pedir que escriban una <i>declaración de impacto</i>.</li> <li>– <b>Elaboración y exposición repetida a la memoria del trauma (en imaginación):</b> construir un recuerdo más elaborado, organizado coherente y contextualizado. Se pide que elaboren una <i>narrativa del trauma</i>, y se finaliza con una <i>narrativa reformulada del trauma</i>. No se pretende normalizar el trauma, sino que la narrativa pueda ser asimilada dentro de la memoria autobiográfica general.</li> <li>– <b>Reestructuración cognitiva centrada en el trastorno.</b></li> <li>– <b>Exposición en vivo a las señales de reexperimentación:</b> reducir la evitación y la confianza en las conductas de seguridad, reducir la ansiedad en las situaciones que evocan los síntomas.</li> <li>– <b>Modificar la evitación cognitiva desadaptativa y las estrategias de control:</b> reducir o eliminar la rumiación, la disociación y las dificultades para concentrarse.</li> <li>– <b>Reducción de la emoción (complementaria):</b> intervención auxiliar que requiere una especial prudencia en su aplicación, pues puede convertirse en una estrategia de evitación. Pretende reducir la ansiedad general, la hipervigilancia, los trastornos del sueño y la ira-irritabilidad, desarrollando un estilo de respuesta más relajado y benigno.</li> </ul>
	<p><b>Terapia de procesamiento cognitivo de Resick (1993)</b></p> <p>Integra aspectos de la TC de Beck con la teoría del procesamiento de la información. Según este modelo, las personas con TEPT interpretan de forma distorsionada el evento, lo que da lugar a <b>síntomas secundarios</b> (culpa, baja calidad de vida, interferencia...), hacia los que va dirigida esta terapia. Esta terapia postula que las memorias del acontecimiento tienen que activarse de forma que la atribución ilógica, las expectativas inadecuadas y los síntomas que interfieren con su procesamiento puedan ser identificados y reemplazados mediante dos componentes principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Terapia cognitiva:</b> retar los significados del trauma en cinco áreas (seguridad, confianza, poder-control, autoestima e intimidad).</li> <li>– <b>Terapia de exposición: escribiendo</b> la experiencia de forma detallada y leyéndola posteriormente. Está dirigida al afecto y al conflicto con las creencias previas, es decir, <b>no</b> pretende la habituación del miedo ante el recuerdo traumático.</li> </ul> <p>Esta terapia se focaliza mayoritariamente en el <b>momento presente</b> (a pesar de ser un tratamiento mixto).</p>
	<p><b>Terapia cognitiva para el TEPT de Ehlers y Clark (2000)</b></p> <p>Es una terapia que parte del modelo teórico de los autores. Combina la <b>exposición</b> y la <b>reestructuración cognitiva</b> con tres objetivos principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Modificar las valoraciones negativas del trauma y sus secuelas.</li> <li>– Integrar las memorias traumáticas.</li> <li>– Suprimir las estrategias de afrontamiento disfuncionales.</li> </ul> <p>Incluye procedimientos particulares y propios, como el componente de “actualización de memorias traumáticas”.</p>

TRATAMIENTOS MIXTOS DEL TEPT	
Tratamientos	Descripción
<b>Psicoterapia breve ecléctica de Gersons (2004)</b>	<p>Es un tratamiento multicomponente, manualizado, y distribuido en 16 sesiones. Cuenta con los siguientes componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Psicoeducación.</li> <li>– <b>Exposición en imaginación</b> (4-6 sesiones de 15-20 minutos): un factor clave del éxito es que los pacientes sientan una sensación de recuperar el control de su vida.</li> <li>– <b>Escribir tareas y recuerdos</b>: se realiza en el período interconsulta. El uso de <b>mementos</b> (objetos relacionados con el trauma) puede ser utilizado para facilitar este proceso.</li> <li>– <b>Significado e integración</b>.</li> <li>– Ritual de despedida.</li> </ul> <p>Aunque emplea componentes de la TCC, se diferencia de ésta en que <b>prioriza el componente de la catarsis</b> (frente a la habituación o extinción), incorpora el uso de mementos y rituales de despedida (empleados habitualmente en el duelo) e <b>incluye elementos psicodinámicos</b>.</p>
<b>En busca de la seguridad de Najavits (2002)</b>	<p>Programa cognitivo-conductual dirigido a personas con TEPT y <b>abuso de sustancias</b>. Trata de enseñar a los pacientes a conseguir una mayor seguridad en su vida, mediante <b>psicoeducación y entrenamiento en estrategias seguras</b>. Contiene 25 temas de tratamiento agrupados en cuatro áreas (interpersonal, cognitiva, conductual, general), y es de aplicación tanto grupal como individual. Está manualizado y traducido al castellano.</p>
<b>Intherapy de Lange (2003)</b>	<p>Programa cognitivo-conductual a través de <b>internet</b> que incluye psicoeducación, exposición y reevaluación cognitiva del significado del trauma.</p>

## 2.2. Otros tratamientos

Los principales tratamientos farmacológicos para el TEPT son:

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PARA EL TEPT		
Clasificación	Tratamientos	Descripción
<b>Antidepresivos</b>	ISRS (fluoxetina, paroxetina, sertralina y venlafaxina)	Son el tratamiento farmacológico de elección para el TEPT según la APA (2006) porque mejoran los síntomas del TEPT y de otros trastornos comórbidos
<b>Estabilizadores del ánimo</b>	Topiramato	Dirigido al control de las explosiones de cólera, impulsividad, irritabilidad y las oscilaciones del ánimo.
<b>Ansiolíticos</b>	Benzodiadepinas	Utilizada para la reducción de la ansiedad. Sin embargo, no recomendada como monoterapia para los pacientes con TEPT.
<b>Antipsicóticos</b>	Risperidona	Se ha considerado su uso cuando las estrategias de elección han sido ineficaces para el control de síntomas.

## 3. EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS

EVIDENCIA EMPÍRICA SOBRE EL TRATAMIENTO DEL TEPT			
	Guía de tratamientos psicológicos eficaces de M. Pérez (2010)	Manual de Terapia de Conducta de M.A. Vallejo (2016)	Otros
			Guía de Práctica Clínica para el tratamiento del TEPT de la APA (2017)
<b>Terapia de exposición prolongada</b>	Tratamiento bien establecido (eficacia tipo 1).	Es el tratamiento para el TEPT que cuenta con mayor apoyo empírico.	Tratamiento recomendado para el TEPT (recomendación fuerte).
<b>EMDR</b>	Tratamiento probablemente eficaz (eficacia tipo 2).	Es una terapia empíricamente validada y está admitida como tratamiento eficaz para el TEPT.	Tratamiento sugerido para el TEPT (recomendación débil).
<b>Terapia de Exposición Narrativa</b>			Tratamiento sugerido para el TEPT (recomendación débil).
<b>Hipnoterapia</b>	Tratamiento en fase experimental (eficacia tipo 3).		
<b>Debriefing psicológico</b>	Tratamiento en fase experimental (eficacia tipo 3).		
<b>Entrenamiento en Inoculación de Estrés</b>	Tratamiento probablemente eficaz (eficacia tipo 2).	Es una intervención eficaz en el TEPT y es un entrenamiento útil para personas con un elevado grado de ira.	
<b>Terapia Dialéctica Conductual</b>		Es un tratamiento en fase experimental para el TEPT.	
<b>Terapia de ensayo en imaginación</b>		Es un tratamiento de primera línea para la intervención de pesadillas en TEPT.	
<b>Relajación</b>		La evidencia actual no apoya su uso independiente en el tratamiento del TEPT.	No existe evidencia suficiente para recomendar su uso en el tratamiento del TEPT.
<b>Meditación, Mindfulness o Atención Plena</b>		Es un tratamiento en fase experimental para el TEPT.	
<b>Terapia cognitiva</b>	Tratamiento bien establecido (eficacia tipo 1).	Ha demostrado su eficacia y eficiencia en el tratamiento del TEPT.	Tratamiento recomendado para el TEPT (recomendación fuerte).
<b>Psicoterapia breve ecléctica</b>			Tratamiento sugerido para el TEPT (recomendación débil).
<b>En busca de la seguridad (Seeking Safety)</b>			No existe evidencia suficiente para recomendar su uso en el tratamiento del TEPT.

EVIDENCIA EMPÍRICA SOBRE EL TRATAMIENTO DEL TEPT			
	Guía de tratamientos psicológicos eficaces de M. Pérez (2010)	Manual de Terapia de Conducta de M.A. Vallejo (2016)	Otros
			Guía de Práctica Clínica para el tratamiento del TEPT de la APA (2017)
Intherapy		Es un tratamiento en fase experimental para el TEPT.	
Antidepresivos	Considera el tratamiento psicofarmacológico en fase experimental (eficacia tipo 3).		Tratamiento sugerido para el TEPT (recomendación débil).
Estabilizadores del ánimo			No existe evidencia para considerar que sea un tratamiento eficaz para el TEPT.
Ansiolíticos			No pueden recomendarse como monoterapia para los pacientes con TEPT.
Antipsicóticos			No existe evidencia para considerar que sea un tratamiento eficaz para el TEPT.

#### 4. PREGUNTAS RELEVANTES

A continuación hemos clasificado las preguntas de convocatoria acerca de las intervenciones del TEPT en función de los distintos programas de tratamiento y el contenido:

Tema	Pregunta	Comentario
Terapia de Exposición Prolongada	<p><b>PIR 00, 122.</b> En relación con el tratamiento del TEPT, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es <b>FALSA</b>?:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) El entrenamiento en inoculación de estrés se ha utilizado habitualmente en el tratamiento de víctimas de agresiones sexuales.</li> <li>2) La ira responde mejor que el miedo al tratamiento de exposición en imaginación a los recuerdos traumáticos.</li> <li>3) La desensibilización por medio del movimiento ocular se ha aplicado fundamentalmente al TEPT.</li> <li>4) El objetivo terapéutico con víctimas recientes es evitar la cronificación del trastorno.</li> <li>5) En los supervivientes de catástrofes, la reestructuración cognitiva se ha utilizado para aumentar la percepción de control de la víctima.</li> </ol>	<p>RC: 2. Los programas de exposición prolongada suelen incluir como componentes la psicoeducación, el entrenamiento en relajación, la exposición y la <b>reestructuración cognitiva</b> de las creencias de que el mundo es peligroso y las personas carecen de control sobre lo que les ocurre. Sin embargo, la exposición prolongada presenta algunas limitaciones entre las que destaca que la <b>ira o culpa</b> pueden dificultar la exposición.</p>
	<p><b>PIR 07, 237.</b> De acuerdo con los criterios actualmente manejados por la psicología clínica basada en la evidencia, ¿cuál de las siguientes alternativas de tratamiento ha probado ser la más eficaz para el TEPT?:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Los antidepresivos tricíclicos.</li> <li>2) La terapia racional-emotiva.</li> <li>3) La tensión aplicada.</li> <li>4) La exposición en imaginación prolongada.</li> <li>5) El entrenamiento en inoculación de estrés.</li> </ol>	<p>RC: 4. De los diferentes tratamientos psicológicos existentes para TEPT, la <b>exposición prolongada</b> ha probado ser el más eficaz, algo que se detecta asimismo en los estudios en metaanálisis y que viene respaldado por la mejor calidad metodológica de los estudios en los que se ha puesto a prueba su eficacia.</p>

Tema	Pregunta	Comentario
<b>Terapia de Exposición Prolongada</b>	<p><b>PIR 08, 133.</b> Según Foa y su grupo, ¿qué alternativa de tratamiento es la más eficaz para el tratamiento del TEPT?:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) El entrenamiento en inoculación de estrés.</li> <li>2) Los antidepresivos tricíclicos.</li> <li>3) La exposición en imaginación prolongada.</li> <li>4) La discusión cognitiva.</li> <li>5) La desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular.</li> </ol>	<p>RC: 3. En el tratamiento del TEPT ha sido la <b>exposición prolongada</b> la que ha probado ser la más eficaz. Siendo justamente el grupo de <b>Foa</b> quien ha mostrado su eficacia en mujeres que han sufrido violación.</p>
	<p><b>PIR 09, 143.</b> ¿En cuál de los siguientes trastornos de ansiedad el tratamiento de exposición en imaginación prolongada constituye la alternativa terapéutica de elección en la actualidad?:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) El trastorno obsesivo-compulsivo.</li> <li>2) La fobia específica.</li> <li>3) El trastorno de ansiedad generalizada.</li> <li>4) El TEPT.</li> <li>5) La fobia social.</li> </ol>	<p>RC: 4. En el caso del <b>TEPT</b> el tratamiento de elección es la exposición en imaginación prolongada a la experiencia traumática como forma de afrontar los recuerdos traumáticos que se reexperimentan.</p>
	<p><b>PIR 12, 164.</b> ¿Cuál de los siguientes se considera un predictor de mala respuesta al tratamiento de exposición en el TEPT?:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Miedo intenso.</li> <li>2) Sentimientos de ira o culpa.</li> <li>3) Haber sobrevivido a una catástrofe.</li> <li>4) Abusos sexuales.</li> <li>5) Insomnio grave.</li> </ol>	<p>RC: 2. La exposición en imaginación prolongada está considerada un tratamiento eficaz para el TEPT. Sin embargo, los estudios realizados hasta la fecha indican que no está exenta de dificultades ya que la propia exposición puede activar en algunos sujetos sentimientos de <b>ira</b> y <b>culpa</b> intensos, que bloquean por tanto la propia exposición.</p>
	<p><b>PIR 15, 76.</b> ¿Cuál de los siguientes se considera un predictor de mala respuesta al tratamiento de exposición en el TEPT?:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sentimientos de ira o culpa.</li> <li>2) Miedo intenso.</li> <li>3) Abusos sexuales.</li> <li>4) Insomnio severo.</li> </ol>	<p>RC: 1. Como se ha señalado en el comentario anterior, existen varios aspectos implicados en la exposición que van en detrimento del éxito terapéutico en TEPT, a menos que sean tenidos en cuenta. Uno de ellos sería la respuesta de <b>ira</b> o de <b>culpa</b>.</p>
	<p><b>PIR 15, 77.</b> ¿Cuál de los siguientes componentes forma parte del programa de intervención breve de Foa et al. (1995) para el tratamiento de víctimas de agresiones sexuales?:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Terapia de Aceptación y Compromiso.</li> <li>2) Entrenamiento en inoculación del estrés.</li> <li>3) Reestructuración cognitiva sobre las creencias irracionales acerca de la peligrosidad del mundo y la carencia de control sobre los hechos.</li> <li>4) Resolución de problemas.</li> </ol>	<p>RC: 3. Foa y su equipo han desarrollado programas para víctimas recientes de agresión sexual formado por los siguientes componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Psicoeducación y entrenamiento en respiración y relajación.</li> <li>– <b>Exposición</b> en imaginación a los recuerdos de la agresión y exposición en vivo a situaciones evitadas.</li> <li>– <b>Reestructuración cognitiva</b> de las creencias de que el mundo es peligroso y las personas carecen de control sobre lo que les ocurre.</li> </ul>
	<p><b>PIR 15, 78.</b> ¿En el tratamiento de qué trastorno proponen Foa y Rothbaum (1998) la metáfora de la "digestión psicológica" para explicar al paciente el objetivo de su intervención?:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Trastorno Obsesivo Compulsivo.</li> <li>2) Trastorno de Ansiedad Generalizada.</li> <li>3) Trastorno de Estrés Postraumático.</li> <li>4) Trastorno de Pánico.</li> </ol>	<p>RC: 3. En el tratamiento cognitivo para el TEPT existe una primera fase de formación para el paciente, durante la que se da una explicación cognitiva del TEPT. Foa y Rothbaum recurren a la metáfora de la "<b>digestión psicológica</b>" mediante la cual se explica que el objetivo del tratamiento es ayudar a los clientes a elaborar lo ocurrido de manera que su cerebro pueda digerir psicológicamente el trauma.</p>

Tema	Pregunta	Comentario
<b>Terapia de Exposición Prolongada</b>	<b>PIR 19, 184.</b> La "exposición prolongada" propuesta por E. Foa y cols., se desarrolló fundamentalmente para el tratamiento: 1) Del trastorno de pánico. 2) De la agorafobia. 3) Del trastorno de estrés postraumático. 4) Del trastorno obsesivo-compulsivo.	RC: 3. La exposición prolongada de Foa es un tratamiento específicamente desarrollado para el tratamiento del TEPT. De hecho, es el protocolo más respaldado y validado para el tratamiento de dicho trastorno.
<b>EMDR</b>	<b>PIR 07, 84.</b> ¿Quién fue el autor que desarrolló la técnica de la desensibilización mediante movimiento ocular?: 1) Wolpe. 2) Watson. 3) Mary Cover Jones. 4) Shapiro. 5) Goldfried.	RC: 4. La desensibilización por movimientos ocular fue diseñada por <b>Shapiro</b> (1989) para el tratamiento del TEPT. Esta variante de la desensibilización sistemática combina la exposición en imaginación a los sucesos traumáticos junto con la inducción de movimientos sacádicos.
	<b>PIR 12, 165.</b> En relación con la técnica de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (DRMO) de Shapiro, los datos disponibles señalan: 1) Su eficacia en el tratamiento del TEPT es notablemente inferior a las técnicas cognitivo-conductuales y de exposición. 2) Es considerada un tratamiento bien establecido para el TEPT. 3) No se aconseja su uso en víctimas de sucesos traumáticos. 4) Existe controversia acerca del papel específico de los movimientos oculares como componente necesario de la técnica. 5) Debe utilizarse asociada al entrenamiento en relajación.	RC: 4. La técnica de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares de Shapiro constituye una variante de la exposición en imaginación que es eficaz para pacientes que han experimentado situaciones traumáticas, aunque en sí misma no está considerada un tratamiento bien establecido para el TEPT. Se considera que aunque los <b>movimientos oculares</b> son lo que diferencia a esta técnica del resto de las técnicas de exposición, no está claro cuál es el papel que desempeñan dichos movimientos en el éxito terapéutico.
	<b>PIR 14, 194.</b> ¿En qué consiste la fase de "Instalación" de la técnica de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (DRMO o EMDR) de Shapiro para el tratamiento del estrés postraumático?: 1) Instaurar una sólida relación terapéutica. 2) Elegir la imagen objetivo que representa el peor aspecto de trauma. 3) Desensibilizar la imagen. 4) Activar la estimulación bilateral cerebral. 5) Emparejar una cognición positiva con la imagen original a través del movimiento ocular o sus alternativas.	RC: 5. El EMDR consta de varias fases. La <b>fase de instalación</b> consiste en que después de la desensibilización, se instaura una cognición positiva que se empareja con la imagen a través del movimiento de ojos o sus alternativas.
	<b>PIR 15, 72.</b> ¿En cuál de las siguientes fases de la técnica de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (DRMO o EMDR) de Shapiro, para el tratamiento del estrés postraumático, el terapeuta realiza series de estimulación bilateral visual o táctil?: 1) Fase de Evaluación. 2) Fase de Desensibilización. 3) Fase de Exploración Corporal. 4) Fase de Clausura.	RC: 2. Como se ha señalado en el comentario anterior el EMDR consta de varias fases. En la fase de <b>desensibilización y reprocesamiento</b> se aplica la estimulación bilateral que irá provocando el reprocesamiento de la información asociada al hecho traumático. La estimulación puede ser visual, táctil o auditiva.

Tema	Pregunta	Comentario
<b>Terapia de exposición narrativa</b>	<p><b>PIR 14, 195.</b> ¿Con qué objetivo proponen Foa y Rothbaum (1998) la Narrativa Reformulada del Trauma en su propuesta de intervención en el TEPT?:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identificar los estímulos activadores de los síntomas.</li> <li>2) Reducir la frecuencia de imágenes intrusivas.</li> <li>3) Proporcionar información que desmienta las creencias relacionadas con el trauma.</li> <li>4) Ayudar a recordar la experiencia de modo que pueda ser asimilada en la memoria autobiográfica de la persona.</li> <li>5) Dirigir la atención plena del paciente desde sus pensamientos hacia el mundo externo.</li> </ol>	<p>RC: 4. La <b>Narrativa reformulada del Trauma</b> entra dentro de las estrategias cognitivas utilizadas para el tratamiento del TEPT. Esta técnica consiste en hacer una descripción del trauma que genere una mejor aproximación a la experiencia traumática real, incluyendo información contextual importante y aspectos del trauma que han podido ser minimizados u olvidados en la descripción original. El objetivo de esta narrativa reformulada no es normalizar el trauma, sino ayudar al paciente a recordar la experiencia traumática de un modo que aporte un nuevo sentido y aceptación para que pueda ser asimilada dentro de la memoria autobiográfica.</p>
<b>Entrenamiento en inoculación de estrés</b>	<p><b>PIR 07, 243.</b> Señala qué componente <b>NO</b> forma parte del programa de intervención cognitivo-conductual breve diseñado por Foa et al. (1995) para el tratamiento de víctimas recientes de agresiones sexuales:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Información sobre las reacciones psicológicas normales tras una agresión.</li> <li>2) Entrenamiento en relajación y respiración.</li> <li>3) Entrenamiento en inoculación del estrés.</li> <li>4) Exposición en imaginación a los recuerdos de la violación y en vivo a las situaciones evitadas que no son peligrosas.</li> <li>5) Reestructuración cognitiva sobre las creencias irracionales acerca de la peligrosidad del mundo y la carencia de control sobre los hechos.</li> </ol>	<p>RC: 3. <b>Foa</b> y su equipo han desarrollado programas para víctimas recientes de violación o agresión no sexual formado por los siguientes componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Información sobre las reacciones normales tras la agresión.</li> <li>– Entrenamiento en respiración y relajación.</li> <li>– Exposición en imaginación a los recuerdos de la agresión.</li> <li>– Exposición en vivo a situaciones evitadas que no son peligrosas.</li> <li>– Reestructuración cognitiva de las creencias de que el mundo es peligroso y las personas carecen de control sobre lo que les ocurre.</li> </ul> <p>La única respuesta que no se incluye dentro de los componentes del programa es el entrenamiento en inoculación del estrés.</p>
<b>Terapia cognitiva</b>	<p><b>PIR 08, 121.</b> ¿Qué técnica de intervención se utiliza en el tratamiento del TEPT en supervivientes de catástrofes con el objetivo de aumentar la percepción de control y de predicción de la conducta?:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) La verbalización de los sentimientos en el contexto de un grupo de apoyo.</li> <li>2) El entrenamiento en relajación.</li> <li>3) La exposición en imaginación a los recuerdos traumáticos.</li> <li>4) La reestructuración cognitiva.</li> <li>5) La exposición gradual en vivo a las situaciones evitadas.</li> </ol> <p><b>PIR 09, 142.</b> ¿Qué técnica de intervención se utiliza en el tratamiento del TEPT para trabajar las creencias irracionales sobre la peligrosidad del mundo y la falta de control sobre los acontecimientos futuros?:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) La verbalización de los sentimientos en el contexto de un grupo de apoyo.</li> <li>2) El entrenamiento en relajación.</li> <li>3) La reestructuración cognitiva.</li> <li>4) La exposición en imaginación a los recuerdos traumáticos.</li> <li>5) La exposición gradual en vivo a las situaciones evitadas.</li> </ol>	<p>RC: 4. En el caso de supervivientes de catástrofes naturales Abueg, Drescher y Kubany (1994) utilizaron la <b>terapia cognitiva</b> para aumentar la percepción de control y de predicción de la conducta.</p> <p>RC: 3. La estrategia fundamental para afrontar las creencias irracionales suele ser la <b>reestructuración cognitiva</b>. Concretamente en el caso del TEPT, para las creencias de peligrosidad y de falta de control se ha recurrido a la terapia cognitiva con el objetivo de aumentar la percepción de control y la predicción de la conducta, propiciando las conductas cotidianas.</p>

Tema	Pregunta	Comentario
Terapia cognitiva	<p><b>PIR 16, 144.</b> En el TEPT:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tanto la exposición prolongada como la reestructuración cognitiva resultan igualmente eficaces.</li> <li>2) Solo resulta eficaz la reestructuración cognitiva.</li> <li>3) La relajación de Jacobson muestra una mayor eficacia que la reestructuración cognitiva.</li> <li>4) Solo resulta eficaz la exposición breve debido a la dificultad de procesar el trauma.</li> </ol>	<p>RC: 1. En el manual de Pérez y cols. (2010) se señala que tanto la <b>terapia de exposición</b> como la <b>terapia cognitiva</b> se pueden considerar tratamientos eficaces para el TEPT.</p>
	<p><b>PIR 18, 151.</b> En el marco de la Terapia Cognitiva de Ehlers y Clark (2000) para el trastorno de estrés postraumático, señale cuál de los siguientes <u>NO</u> constituye un objetivo para dicha terapia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Modificar la interpretación negativa del trauma.</li> <li>2) Modificar las conductas disfuncionales.</li> <li>3) Integrar los recuerdos traumáticos.</li> <li>4) Reemplazar las pesadillas relacionadas con el trauma por sueños más benignos.</li> </ol>	<p>RC: 4. La terapia cognitiva de Ehlers y Clark es uno de los protocolos de tratamiento cognitivo más conocidos para el TEPT. Entre sus objetivos están todos los mencionados, excepto el número 4. El tratamiento de las pesadillas puede ser una piedra angular de la terapia del TEPT (fundamentalmente en casos como el de los veteranos de guerra). Sin embargo, son otras terapias las que, más propiamente, tratan de cumplir este objetivo (como la IRT de Krakow).</p>
	<p><b>PIR 18, 152.</b> Señale la opción <u>INCORRECTA</u> en el marco de la Terapia de Procesamiento Cognitivo de Resick y Schnicke (1993) para el trastorno de estrés postraumático:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Utiliza la exposición al trauma a través de la escritura y lectura de la experiencia traumática.</li> <li>2) Tiene como objetivo principal la habituación del miedo ante el recuerdo traumático.</li> <li>3) Pretende modificar los esquemas cognitivos desadaptativos y las emociones secundarias como culpa y desesperanza.</li> <li>4) Se focaliza mayoritariamente en el momento presente, y no en la experiencia pasada.</li> </ol>	<p>RC: 2. La Terapia de Procesamiento Cognitivo de Resick y Schnicke es una terapia de corte cognitivo para el TEPT. Esta terapia, como todas las cognitivas, combina aspectos de modificación de creencias con exposición, fundamentalmente exposición narrativa (R1 correcta). Además, este protocolo da especial importancia al tratamiento de las emociones derivadas de los síntomas nucleares del trastorno (R3 correcta). A pesar de estar incluida entre los tratamientos "mixtos", es cierto que enfatiza la intervención sobre los significados actuales del trauma (R4 correcta). Por último, aunque emplee técnicas de exposición, su objetivo no es la habituación o la saciación del miedo (R3 incorrecta).</p>