

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: 978-84-18241-77-2
Depósito Legal: M-20805-2022
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, 2003):

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 las Guías de Práctica Clínica (GPC) del Sistema Nacional de Salud (SNS):

Niveles de evidencia y grados de recomendación de las Guías de las GPC del SNS (Fonseca, 2021)	
Niveles de evidencia	
1++	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Niveles de evidencia y grados de recomendación de las Guías de las GPC del SNS (Fonseca, 2021)	
Grado de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1++, directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.
B	Evidencia suficiente derivada de los estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+.
C	Evidencia suficiente derivada de los estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++.
D	Nivel de evidencia 3 o 4. Extrapolación de evidencia del nivel 2+.

Pasamos a desarrollar los temas.

ÍNDICE GENERAL

ADULTOS

Tratamiento de los trastornos neurocognitivos	13
Tratamiento de las drogodependencias.....	21
Tratamiento del alcoholismo	31
Tratamiento de la adicción a la heroína.....	41
Tratamiento para la adicción a la cocaína	45
Tratamiento del tabaquismo	49
Tratamiento del juego patológico.....	55
Tratamiento de los trastornos de ansiedad.....	63
Tratamiento de los trastornos psicóticos	105
Tratamiento del trastorno del estrés postraumático (TEPT)	149
Tratamiento de los trastornos obsesivo-compulsivos	161
Tratamiento del trastorno bipolar	177
Tratamiento de la depresión	187
Tratamiento del trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados.....	221
Tratamiento de los trastornos disociativos.....	235
Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.....	243
Tratamiento de las disfunciones sexuales, trastornos parafilicos y disforia de género	271
Tratamiento de los trastornos del sueño-vigilia	289
Tratamiento de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta	303
Tratamiento de los trastornos de la personalidad.....	309

NIÑOS Y ADOLESCENTES

Tratamiento de intervención en discapacidad intelectual	353
Tratamiento del espectro autista.....	361
Tratamiento de intervención en trastornos de la comunicación.....	369
Tratamiento de los trastornos de aprendizaje.....	377
Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.....	383
Tratamiento de los trastornos motores	401
Tratamiento para los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta	409
Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en población infanto-juvenil.....	431
Tratamiento de los trastornos de la eliminación	439
Tratamiento de los trastornos del sueño en población infanto-juvenil	453
Tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia.....	463
Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo en población infanto-juvenil.....	491
Tratamiento de los trastornos relacionados con el trauma y los estresores	495
Tratamiento de los malos tratos y abuso sexual.....	503
Tratamiento de los trastornos depresivos.....	513
Tratamiento de las adicciones en población infanto-juvenil.....	529

SALUD

Tratamiento de la diabetes mellitus	537
Tratamiento de la dismenorrea primaria	541
Tratamiento de la fibromialgia.....	543
Tratamiento de las cefaleas.....	545
Tratamiento de los trastornos cardiovasculares	549
Tratamiento de los trastornos gastrointestinales	555
Tratamiento del asma	557
Tratamiento del cáncer	563
Tratamiento del dolor crónico	575
Tratamiento del VIH y el sida.....	579
A MODO DE RESUMEN	583

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 (por ejemplo, 3 preguntas en la convocatoria 2021, 1 pregunta en la convocatoria 2019 y 2 preguntas en la convocatoria 2018).
- La **terapia de exposición** prolongada de Foa, la terapia, la **terapia de procesamiento cognitivo** de Resick 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 trauma** (sitúan el foco de la intervención en la experiencia traumática). Buscan el procesamiento de las memorias traumáticas, emociones, creencias y sensaciones corporales.
- **Tratamientos no focalizados en el trauma.** Se centran en el aprendizaje de habilidades (interpersonales, cognitivas y conductuales) que mejoran el funcionamiento de la persona.

Los programas de tratamiento psicológico para el TEPT son:

TRATAMIENTOS DEL TEPT CENTRADOS EN EL TRAUMA	
Tratamientos	Descripción
Terapia de exposición	<p>Terapia de exposición prolongada de Foa (2007)</p> <p>Tratamiento eficaz y de elección 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 individual, estructurado en 10 sesiones, cuyos principales componentes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Psicoeducación: sobre el trastorno y sobre el tratamiento. Incluye el uso de metáforas, como la <i>metáfora de la indigestión psicológica</i>. – Respiración y relajación con imaginación guiada y un “lugar seguro”: es una estrategia paliativa que comienza desde la primera sesión. – Exposición en imaginación a los recuerdos 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. – Exposición en vivo jerarquizada a las situaciones no peligrosas evitadas. – Reestructuración cognitiva de las creencias de que el mundo es peligroso y no se tiene control: incluye el cuestionamiento mediante el método socrático. <p>Vallejo (2016) y Fonseca (2021) dan una serie de pinceladas acerca de la eficacia de esta terapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> – La exposición prolongada no sólo reduce la clínica postraumática, sino que logra reducir la sintomatología ansiosa y depresiva relacionada, así como otros síntomas, y aumenta el sentido de confianza y autoeficacia. – Se ha visto que añadir intervenciones cognitivas a la exposición no aumenta la eficacia de la exposición, de forma general. – La exposición es bien tolerada 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. – La exposición en grupo es un tratamiento efectivo. – La terapia de exposición mejora los resultados del tratamiento farmacológico y favorece la adherencia al mismo. – La tasa de abandonos oscila entre el 20-50%. – No todas las personas son susceptibles de beneficiarse de la exposición, y normalmente suelen descartarse pacientes con ideación suicida, conducta homicida, autolesiones, psicosis o una falta de memoria del acontecimiento. – A pesar de toda la evidencia, la terapia de exposición es poco utilizada. – A pesar de todo, la exposición presenta una serie de limitaciones: 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 exacerbarnos; 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. <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"> – La exposición está recomendada en: pacientes con TEPT y psicopatología relacionada, independientemente del tipo de trauma; pacientes con memoria y narrativa del acontecimiento. – Se ha de tener precaución en casos de: abuso o dependencia de sustancias; trastornos de personalidad; ira, culpa o vergüenza; síntomas disociativos. – La exposición no está recomendada 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.

TRATAMIENTOS DEL TEPT CENTRADOS EN EL TRAUMA	
Tratamientos	Descripción
Terapia de exposición	<p>Terapia de exposición narrativa (NET) de Schauer, Neuner y Elbert (2005)</p> <p>Es un tratamiento manualizado que se fundamenta en la Teoría de la Representación Dual de Brewin, entre otros modelos cognitivos. Mediante elementos de exposición, terapia cognitiva y el testimonio de los abusos, pretende facilitar la integración del trauma en la memoria autobiográfica de la persona. La intervención no se centra en la experiencia traumática más dura, sino en narrar todas las experiencias estresantes por orden cronológico (<i>línea de la vida</i>), para llevar al paciente a una inhibición gradual de su respuesta de miedo que reduzca la sintomatología postraumática.</p> <p>Componentes: psicoeducación (<i>línea de la vida</i>), exposición, terapia cognitiva, testimonio del trauma.</p>
	<p>Exposición a través de realidad virtual “El mundo de Emma” de Botella (2010)</p> <p>Representación del trauma mediante realidad virtual 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.</p>
Terapia cognitiva	<p>Terapia cognitiva para el TEPT de Beck (2012)</p> <p>La terapia cuenta con los siguientes componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Psicoeducación: corregir malentendidos sobre el TEPT, dar información, lograr que el paciente acepte el modelo cognitivo, conseguir la colaboración. – Reestructuración cognitiva centrada en el trauma: identificación de pensamientos y creencias, cuestionamiento socrático, descubrimiento guiado, pedir que escriban una <i>declaración de impacto</i>. – Elaboración y exposición repetida a la memoria del trauma (en imaginación): 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. – Reestructuración cognitiva centrada en el trastorno. – Exposición en vivo a las señales de reexperimentación: reducir la evitación y la confianza en las conductas de seguridad, reducir la ansiedad en las situaciones que evocan los síntomas. – Modificar la evitación cognitiva desadaptativa y las estrategias de control: reducir o eliminar la rumiación, la disociación y las dificultades para concentrarse. – Reducción de la emoción (complementaria): 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.
	<p>Terapia de procesamiento cognitivo de Resick (1993)</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 síntomas secundarios (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"> – Terapia cognitiva: retar los significados del trauma en cinco áreas (seguridad, confianza, poder-control, autoestima e intimidad). – Terapia de exposición: escribiendo la experiencia de forma detallada y leyéndola posteriormente. Está dirigida al afecto y al conflicto con las creencias previas, es decir, no pretende la habituación del miedo ante el recuerdo traumático. <p>Esta terapia se focaliza mayoritariamente en el momento presente.</p>

TRATAMIENTOS DEL TEPT CENTRADOS EN EL TRAUMA	
Tratamientos	Descripción
Terapia cognitiva para el TEPT de Ehlers y Clark (2000)	<p>Es una terapia que parte del modelo teórico de los autores. Combina la exposición y la reestructuración cognitiva con tres objetivos principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Modificar las valoraciones negativas del trauma y sus secuelas. – Integrar las memorias traumáticas. – Suprimir las estrategias de afrontamiento disfuncionales. <p>Incluye procedimientos particulares y propios, como el componente de “actualización de memorias traumáticas”.</p>
EMDR de Shapiro (2002)	<p>Es un tratamiento que no 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 estimulación bilateral o movimientos oculares. Considera que el acontecimiento traumático es codificado de modo disfuncional en el sistema de memoria de la persona. Se centra en la experiencia corporal del afecto.</p> <p>El procedimiento consta de ocho fases:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Historia del paciente y plan de tratamiento. 2. Preparación: evaluación de habilidades de afrontamiento, instrucción en técnicas de manejo de la ansiedad. 3. Evaluación: selección del recuerdo traumático a sustituir y la cognición positiva que lo reemplace. 4. Desensibilización y reprocesamiento: pone en marcha la estimulación bilateral y exposición. La fase concluye cuando al concentrarse en el blanco original la reacción sea al menos neutra (en lugar de negativa). 5. Instalación: se procede con la estimulación bilateral 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. 6. Body Scan: chequeo de las sensaciones corporales. 7. Cierre: devolver al paciente a un estado de equilibrio emocional. 8. Reevaluación: al comienzo de cada sesión se comprueba si los efectos logrados anteriormente se mantienen o no. <p>Curiosamente, la estimulación bilateral es el elemento más cuestionado al intentar buscar la eficacia diferencial de los componentes del EMDR; sea como fuere, esta terapia no es una forma de exposición.</p>

TRATAMIENTOS DEL TEPT NO FOCALIZADOS EN EL TRAUMA	
Tratamientos	Descripción
Entrenamiento en inoculación de estrés para el TEPT de Kilpatrick (1982)	<p>Promueve el manejo de la ansiedad mediante el aprendizaje de nuevas habilidades: relajación, respiración, autoinstrucciones exposición en vivo, parada de pensamiento, distracción y entrenamiento en asertividad.</p> <p>Es una intervención especialmente útil para aquellas personas con un elevado grado de ira.</p>
Terapia dialéctica conductual para el TEPT (Wagner y Linehan, 2006)	<p>Se entrenan diversas habilidades: regulación emocional, aceptación, tolerancia al malestar, control de la ira, aprender a calmarse y mindfulness.</p>

TRATAMIENTOS DEL TEPT NO FOCALIZADOS EN EL TRAUMA	
Tratamientos	Descripción
Terapia centrada en el presente (Classen, Butler y Spiegel, 2001)	Es una intervención manualizada, que se realiza semanalmente en sesiones de 90 minutos y que inicialmente se desarrolló como tratamiento de comparación con la terapia cognitivo-conductual. Esta terapia pretende que la persona establezca relaciones interpersonales positivas, sirviéndose para ello de la relación terapéutica, la naturalización de los síntomas, la validación de la experiencia y el aumento del sentido del dominio y la autoconfianza.
Entrenamiento en relajación	Aprendizaje de técnicas de control de la activación para reducir los síntomas de ansiedad asociados al TEPT.
Mindfulness o atención plena para el TEPT (Lang, 2012)	Se entrena la capacidad para centrarse en el presente sin que las emociones negativas y los pensamientos intrusivos relacionados con el trauma.

OTROS TRATAMIENTOS DEL TEPT	
Tratamientos	Descripción
Terapia de ensayo en imaginación de Krakow y Zadra (2006)	Tratamiento dirigido a cambiar las pesadillas por un nuevo sueño más benigno.
Debriefing del Estrés por Incidentes Críticos de Mitchell (1983)	Técnica preventiva breve 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.
En busca de la seguridad de Najavits (2002)	Programa cognitivo-conductual dirigido a personas con TEPT y abuso de sustancias . Trata de enseñar a los pacientes a conseguir una mayor seguridad en su vida, mediante psicoeducación y entrenamiento en estrategias seguras . 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.
Intherapy de Lange (2003)	Programa cognitivo-conductual a través de internet que incluye psicoeducación, exposición y reevaluación cognitiva del significado del trauma.

2.2. Tratamientos farmacológicos

Los principales tratamientos farmacológicos para el TEPT son:

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PARA EL TEPT		
Clasificación	Tratamientos	Descripción
Antidepresivos	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
Estabilizadores del ánimo	Topiramato	Dirigido al control de las explosiones de cólera, impulsividad, irritabilidad y las oscilaciones del ánimo.
Ansiolíticos	Benzodiadepinas	Utilizada para la reducción de la ansiedad. Sin embargo, no recomendada como monoterapia para los pacientes con TEPT.
Antipsicóticos	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			
	Manual de tratamientos psicológicos –adultos– de E. Fonseca (2021)	Manual de Terapia de Conducta de M.A. Vallejo (2016)	Otros Guía de Práctica Clínica para el tratamiento del TEPT de la APA (2017)
Terapia de exposición prolongada	Grado de recomendación A (Nivel de evidencia 1++).	Es el tratamiento para el TEPT que cuenta con mayor apoyo empírico.	Tratamiento recomendado para el TEPT (recomendación fuerte).
EMDR	Grado de recomendación A (Nivel de evidencia 1+).	Es una terapia empíricamente validada y está admitida como tratamiento eficaz para el TEPT.	Tratamiento sugerido para el TEPT (recomendación débil).
Terapia de Exposición Narrativa			Tratamiento sugerido para el TEPT (recomendación débil).
Terapia centrada en el presente	Grado de recomendación D (Nivel de evidencia 2+).		
Entrenamiento en Inoculación de Estrés	Grado de recomendación D (Nivel de evidencia 2+).	Es una intervención eficaz en el TEPT y es un entrenamiento útil para personas con un elevado grado de ira.	
Terapia Dialéctica Conductual		Es un tratamiento en fase experimental para el TEPT.	
Terapia de ensayo en imaginación		Es un tratamiento de primera línea para la intervención de pesadillas en TEPT.	
Relajación		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.

EVIDENCIA EMPÍRICA SOBRE EL TRATAMIENTO DEL TEPT			
	Manual de tratamientos psicológicos –adultos– de E. Fonseca (2021)	Manual de Terapia de Conducta de M.A. Vallejo (2016)	Otros
			Guía de Práctica Clínica para el tratamiento del TEPT de la APA (2017)
Meditación, Mindfulness o Atención Plena		Es un tratamiento en fase experimental para el TEPT.	
Terapia cognitiva	Grado de recomendación A (Nivel de evidencia 1+).	Ha demostrado su eficacia y eficiencia en el tratamiento del TEPT.	Tratamiento recomendado para el TEPT (recomendación fuerte).
En busca de la seguridad (Seeking Safety)	Grado de recomendación D (Nivel de evidencia 2++).		No existe evidencia suficiente para recomendar su uso en el tratamiento del TEPT.
Intherapy		Es un tratamiento en fase experimental para el TEPT.	
Antidepresivos			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>PIR 00, 122. En relación con el tratamiento del TEPT, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) El entrenamiento en inoculación de estrés se ha utilizado habitualmente en el tratamiento de víctimas de agresiones sexuales. 2) La ira responde mejor que el miedo al tratamiento de exposición en imaginación a los recuerdos traumáticos. 3) La desensibilización por medio del movimiento ocular se ha aplicado fundamentalmente al TEPT. 4) El objetivo terapéutico con víctimas recientes es evitar la cronificación del trastorno. 5) En los supervivientes de catástrofes, la reestructuración cognitiva se ha utilizado para aumentar la percepción de control de la víctima. 	<p>RC: 2. Los programas de exposición prolongada suelen incluir como componentes la psicoeducación, el entrenamiento en relajación, la exposición y la reestructuración cognitiva 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 ira o culpa pueden dificultar la exposición.</p>
	<p>PIR 07, 237. 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"> 1) Los antidepresivos tricíclicos. 2) La terapia racional-emotiva. 3) La tensión aplicada. 4) La exposición en imaginación prolongada. 5) El entrenamiento en inoculación de estrés. 	<p>RC: 4. De los diferentes tratamientos psicológicos existentes para TEPT, la exposición prolongada 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>
	<p>PIR 08, 133. 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"> 1) El entrenamiento en inoculación de estrés. 2) Los antidepresivos tricíclicos. 3) La exposición en imaginación prolongada. 4) La discusión cognitiva. 5) La desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular. 	<p>RC: 3. En el tratamiento del TEPT ha sido la exposición prolongada la que ha probado ser la más eficaz. Siendo justamente el grupo de Foa quien ha mostrado su eficacia en mujeres que han sufrido violación.</p>
	<p>PIR 09, 143. ¿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"> 1) El trastorno obsesivo-compulsivo. 2) La fobia específica. 3) El trastorno de ansiedad generalizada. 4) El TEPT. 5) La fobia social. 	<p>RC: 4. En el caso del TEPT 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>PIR 12, 164. ¿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"> 1) Miedo intenso. 2) Sentimientos de ira o culpa. 3) Haber sobrevivido a una catástrofe. 4) Abusos sexuales. 5) Insomnio grave. 	<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 ira y culpa intensos, que bloquean por tanto la propia exposición.</p>

Tema	Pregunta	Comentario
Terapia de Exposición Prolongada	<p>PIR 15, 76. ¿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"> 1) Sentimientos de ira o culpa. 2) Miedo intenso. 3) Abusos sexuales. 4) Insomnio severo. 	<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 ira o de culpa.</p>
	<p>PIR 15, 77. ¿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"> 1) Terapia de Aceptación y Compromiso. 2) Entrenamiento en inoculación del estrés. 3) Reestructuración cognitiva sobre las creencias irracionales acerca de la peligrosidad del mundo y la carencia de control sobre los hechos. 4) Resolución de problemas. 	<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"> – Psicoeducación y entrenamiento en respiración y relajación. – Exposición en imaginación a los recuerdos de la agresión y exposición en vivo a situaciones evitadas. – Reestructuración cognitiva de las creencias de que el mundo es peligroso y las personas carecen de control sobre lo que les ocurre.
	<p>PIR 15, 78. ¿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"> 1) Trastorno Obsesivo Compulsivo. 2) Trastorno de Ansiedad Generalizada. 3) Trastorno de Estrés Postraumático. 4) Trastorno de Pánico. 	<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 “digestión psicológica” 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>
	<p>PIR 19, 184. La “exposición prolongada” propuesta por E. Foa y cols., se desarrolló fundamentalmente para el tratamiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Del trastorno de pánico. 2) De la agorafobia. 3) Del trastorno de estrés postraumático. 4) Del trastorno obsesivo-compulsivo. 	<p>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.</p>
	<p>PIR 21, 143. ¿Cuál de los siguientes tratamientos para el trastorno de estrés postraumático tiene un mayor apoyo empírico?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La terapia de exposición prolongada. 2) La terapia dialéctica conductual. 3) El entrenamiento en relajación muscular progresiva. 4) La terapia centrada en el presente. 	<p>RC: 1. Todas las alternativas de respuesta hacen referencia a modalidades de intervención que se han empleado para el tratamiento del TEPT pero la terapia de exposición prolongada específicamente es la que tiene un mayor apoyo empírico.</p>
EMDR	<p>PIR 07, 84. ¿Quién fue el autor que desarrolló la técnica de la desensibilización mediante movimiento ocular?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wolpe. 2) Watson. 3) Mary Cover Jones. 4) Shapiro. 5) Goldfried. 	<p>RC: 4. La desensibilización por movimientos ocular fue diseñada por Shapiro (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.</p>

Tema	Pregunta	Comentario
EMDR	<p>PIR 12, 165. En relación con la técnica de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (DRMO) de Shapiro, los datos disponibles señalan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>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 movimientos oculares 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.</p>
	<p>PIR 14, 194. ¿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?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>RC: 5. El EMDR consta de varias fases. La fase de instalación 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.</p>
	<p>PIR 15, 72. ¿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?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Fase de Evaluación. 2) Fase de Desensibilización. 3) Fase de Exploración Corporal. 4) Fase de Clausura. 	<p>RC: 2. Como se ha señalado en el comentario anterior el EMDR consta de varias fases. En la fase de desensibilización y reprocesamiento 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.</p>
Terapia de exposición narrativa	<p>PIR 14, 195. ¿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"> 1) Identificar los estímulos activadores de los síntomas. 2) Reducir la frecuencia de imágenes intrusivas. 3) Proporcionar información que desmienta las creencias relacionadas con el trauma. 4) Ayudar a recordar la experiencia de modo que pueda ser asimilada en la memoria autobiográfica de la persona. 5) Dirigir la atención plena del paciente desde sus pensamientos hacia el mundo externo. 	<p>RC: 4. La Narrativa reformulada del Trauma 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>

Tema	Pregunta	Comentario
Entrenamiento en inoculación de estrés	<p>PIR 07, 243. Señala qué componente NO 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"> 1) Información sobre las reacciones psicológicas normales tras una agresión. 2) Entrenamiento en relajación y respiración. 3) Entrenamiento en inoculación del estrés. 4) Exposición en imaginación a los recuerdos de la violación y en vivo a las situaciones evitadas que no son peligrosas. 5) Reestructuración cognitiva sobre las creencias irracionales acerca de la peligrosidad del mundo y la carencia de control sobre los hechos. 	<p>RC: 3. Foa 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"> – Información sobre las reacciones normales tras la agresión. – Entrenamiento en respiración y relajación. – Exposición en imaginación a los recuerdos de la agresión. – Exposición en vivo a situaciones evitadas que no son peligrosas. – Reestructuración cognitiva de las creencias de que el mundo es peligroso y las personas carecen de control sobre lo que les ocurre. <p>La única respuesta que no se incluye dentro de los componentes del programa es el entrenamiento en inoculación del estrés.</p>
Terapia cognitiva	<p>PIR 08, 121. ¿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"> 1) La verbalización de los sentimientos en el contexto de un grupo de apoyo. 2) El entrenamiento en relajación. 3) La exposición en imaginación a los recuerdos traumáticos. 4) La reestructuración cognitiva. 5) La exposición gradual en vivo a las situaciones evitadas. <p>PIR 09, 142. ¿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"> 1) La verbalización de los sentimientos en el contexto de un grupo de apoyo. 2) El entrenamiento en relajación. 3) La reestructuración cognitiva. 4) La exposición en imaginación a los recuerdos traumáticos. 5) La exposición gradual en vivo a las situaciones evitadas. <p>PIR 16, 144. En el TEPT:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tanto la exposición prolongada como la reestructuración cognitiva resultan igualmente eficaces. 2) Solo resulta eficaz la reestructuración cognitiva. 3) La relajación de Jacobson muestra una mayor eficacia que la reestructuración cognitiva. 4) Solo resulta eficaz la exposición breve debido a la dificultad de procesar el trauma. 	<p>RC: 4. En el caso de supervivientes de catástrofes naturales Abueg, Drescher y Kubany (1994) utilizaron la terapia cognitiva 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 reestructuración cognitiva. 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> <p>RC: 1. En el manual de Pérez y cols. (2010) se señala que tanto la terapia de exposición como la terapia cognitiva se pueden considerar tratamientos eficaces para el TEPT.</p>

Tema	Pregunta	Comentario
Terapia cognitiva	<p>PIR 18, 151. En el marco de la Terapia Cognitiva de Ehlers y Clark (2000) para el trastorno de estrés postraumático, señale cuál de los siguientes NO constituye un objetivo para dicha terapia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Modificar la interpretación negativa del trauma. 2) Modificar las conductas disfuncionales. 3) Integrar los recuerdos traumáticos. 4) Reemplazar las pesadillas relacionadas con el trauma por sueños más benignos. 	<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>PIR 18, 152. Señale la opción INCORRECTA 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"> 1) Utiliza la exposición al trauma a través de la escritura y lectura de la experiencia traumática. 2) Tiene como objetivo principal la habituación del miedo ante el recuerdo traumático. 3) Pretende modificar los esquemas cognitivos desadaptativos y las emociones secundarias como culpa y desesperanza. 4) Se focaliza mayoritariamente en el momento presente, y no en la experiencia pasada. 	<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>
	<p>PIR 21, 142. ¿Qué terapia está más recomendada para personas que tienen el trastorno de estrés postraumático y sentimientos de culpa asociados?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR). 2) La terapia dialéctica conductual. 3) La terapia de procesamiento cognitivo. 4) La terapia centrada en el presente. 	<p>RC: 3. Todas las alternativas de respuesta hacen referencia a modalidades de intervención que se han empleado para el tratamiento del TEPT pero la terapia de procesamiento cognitivo específicamente es una intervención predominantemente cognitiva para personas con TEPT y sentimientos de culpa asociados.</p>
	<p>PIR 21, 145. En la terapia de procesamiento cognitivo (Resick y colaboradores), se retan o desafían los significados del trauma en algunas áreas en las que los pacientes tienen más dificultades; señale cuáles:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Autoestima, seguridad, sentimientos de vacío y embotamiento afectivo. 2) Confianza y amnesia psicógena. 3) Seguridad y sentimientos de culpa. 4) Seguridad, confianza, poder/control, autoestima e intimidad. 	<p>RC: 4. La terapia de procesamiento cognitivo fue elaborada por Resick y Schnicke en 1993, integrando aspectos de la terapia cognitiva tradicional con la teoría del procesamiento de la información. En las sesiones el sujeto realiza una redacción sobre el trauma, con detalles afectivos y sensoriales asociados y la indicación de lectura diaria, incidiéndose en los puntos de estancamiento. Posteriormente, la persona reexamina sus creencias en torno a las áreas de seguridad, confianza, control, autoestima e intimidad.</p>