ΔΔG 4624
TESIS
PS2005
R3

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
DIRECCIÓN GENERAL DE POSTGRADO
RÉGIMEN ESPECIAL DE DOCTORADO

FACTORES PSICOLÓGICOS Y SITUACIONALES RELACIONADOS CON LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA EMDR EN EL TRATAMIENTO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN ADULTOS.

Trabajo de Investigación presentado a la Dirección General de Postgrado para optar al título de Doctorado en Psicología

Autora: Mg. Elda Ramírez Silva

Tutora: Dra. Zuleima Santalla

Caracas: Julio, 2005

DEDICATORIA

A Jesús, mi Dios y Señor, a quien amo
con toda mi alma y contemplo su rostro
en el de tantas personas que sufren
y sonríen llenas de esperanza;
a María, mi madre, compañera de camino;
a mi familia, a quien amo a cada momento del día;
a mis hermanas de la Congregación de
Santo Domingo, las contemplativas del rostro
de Jesús y tejedoras de sueños de humanidad;
a los participantes en esta investigación
quienes aportaron su historia de dolor
y con ello hicieron posible este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Zuleima Santalla, mi tutora, quien me guió y asesoró con una constancia y compromiso admirables en la realización de este trabajo, haciéndolo suyo. Gracias Zuleima, que Jesús y María bendigan tus pasos cada día.

A mis hermanas de la Provincia Ntra. Sra. de Coromoto, de la Congregación de Santo Domingo, quienes me animaron, me dieron su apoyo y me acompañaron en todo momento. Le doy gracias al Señor por cada una.

A las terapeutas que realizaron la parte más exigente del trabajo de campo, quienes con profesionalismo y responsabilidad lo hicieron posible. Que el Señor continúe bendiciéndolas en la vida y la misión.

A los participantes de la muestra de estudio, gracias por darme un espacio en su historia personal para trabajar juntos por una causa común: la salud mental. Que el Señor que comenzó la obra en ustedes la termine y supla con su gracia las limitaciones que las terapeutas y yo tuvimos en la realización de este trabajo.

A los psicoterapeutas que me enseñaron EMDR, especialmente a John Hartung y Ligia Barascout de Piedra Santa.

A mis colegas profesores de la Escuela de Psicología, Gustavo Peña y Luisa Angelucci por sus orientaciones metodológicas.

A todas las personas e instituciones que contribuyeron a la realización de este trabajo.

INDICE GENERAL

CONTENIDO	PÁGS.
RESUMEN	10
I. INTRODUCCIÓN	11
II. MARCO TEÓRICO	18
Cap. I: Antecedentes del Concepto Trastorno de Estrés Postraumático	18
Cap. II. Criterios Nosológicos de los Trastornos de Estrés Postraumático	23
Cap. III. Modelos Teóricos sobre el Estrés	28
Cap. IV. Factores Psicológicos asociados a los Trastornos de Estrés Postraumático	42
Cap. V. Factores Psicológicos y Estrés asociados al Cáncer	81
Cap. VI. Violencia y Trastornos de Estrés Postraumático	91
Cap. VII. Accidentes Automovilísticos y Trastornos de Estrés Postraumático	102
Cap. VIII. Género y Trastornos de Estrés Postraumático	110
Cap. IX. La Terapia EMDR y su uso en el tratamiento de los Trastornos de Estrés Postraumático	121
III. MÉTODO	152
1. Problema	152
2. Hipótesis	153

3. Variables 154

4. Tipo y diseño de investigación 160

5. Población y muestra 163

6. Instrumentos 165

7. Procedimiento 189

8. Consideraciones éticas 192

IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS 195

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS 233

VI. CONCLUSIONES 260

VII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES 266

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 270

ANEXO 1: Short Interpersonal Reactions Inventory-Short Form (Grossarth-Maticek y Eysenck, 1990) 291

ANEXO 2: Inventario de Reacciones Interpersonales-Forma Breve (Grossarth-Maticek y Eysenck, 1990) 295

ANEXO 3: Estructura factorial del SIRI – Estudio Piloto 299

ANEXO 4: Lista de Chequeo de Síntomas de Los Ángeles (LASC) 301

ANEXO 5: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos – EDCEE 303

ANEXO 6: Escala de Locus de Control de Levenson 305

ANEXO 7: Encuesta de Datos Personales 307

ANEXO 8: Escala de Unidades Subjetivas de Perturbación (SUDS) 308

ANEXO 9: Escala de Validación de las Cogniciones (VOC) 309

ANEXO 10: Escala de Experiencias Disociativas - EED 310

ANEXO 11: Cuestionario de Fidelidad a la Terapia EMDR 313

ANEXO 12: Modelo de ficha de trabajo de la terapia EMDR 316

ANEXO 13: ANOVA del pretest-postest del TEPT y Ajuste para todos los grupos 319

ANEXO 14: T de Student: Pretest-postest de la LASC (TEPT y Ajuste) entre el grupo de cáncer (con EMDR) y grupo control escucha pasiva 320

ANEXO 15: T de Student: Pretest-postest de la LASC (TEPT y Ajuste) entre el grupo de cáncer (con EMDR) y grupo control lista de espera 321

ANEXO 16: T de Student: Comparación pretest-postest de la LASC (TEPT y Ajuste) para cada grupo individual 322

ANEXO 17: T de Student: Pretest-postest de la LASC (TEPT y Ajuste) entre el grupo víctima de violencia (con EMDR) y grupo control escucha pasiva 323

ANEXO 18: T de Student: Pretest-postest de la LASC (TEPT y Ajuste) entre el grupo víctima de violencia (con EMDR) y grupo control lista de espera 324

ANEXO 19: T de Student: Pretest-postest de la LASC (TEPT y Ajuste) entre los dos grupos control escucha pasiva y lista de espera. 325

ANEXO 20: ANOVA: Pretest-postest de la LASC (TEPT y Ajuste) en relación con los tipos de reacción al estrés en los grupos con EMDR. 326

ANEXO 21: ANOVA: Pretest-postest de la LASC (TEPT y Ajuste) en relación con la situación generadora de estrés en los grupos con EMDR. 327

ANEXO 22: ANOVA: Pretest-postest de la LASC (TEPT y Ajuste) en relación con el sexo en los grupos con EMDR 328

ANEXO 23: Coeficientes de correlación entre indicador de efectividad de la terapia EMDR (en TEPT y Ajuste), tipos de reacción, situación generadora, sexo, depresión e internalidad total en los grupos con EMDR. 329

ANEXO 24: Coeficientes de correlación parcial entre tipos de reacción al estrés e indicador de efectividad de la terapia EMDR, controlando depresión e internalidad total, en los grupos con EMDR. 330

ANEXO 25: Coeficientes de correlación parcial entre la situación generadora de estrés e indicador de efectividad de la terapia EMDR, controlando depresión e internalidad, en los grupos con EMDR 331

ANEXO 26: Coeficientes de correlación entre el sexo e indicador de efectividad de la terapia EMDR, controlando depresión e internalidad, en los grupos con EMDR 332

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

		PÁGS.
Tabla 1:	Criterios diagnósticos del TEPT registrados en el DSM-IV	25
Tabla 2:	Criterios diagnóstico de depresión registrados en el DSM-IV	60
Tabla 3:	Frecuencia del diagnóstico relativo a los tipos de reacción al estrés (estudio piloto de Grossarth-Maticek y Eysenck)	168
Tabla 4:	Tabla 4: Análisis factorial rotado (Varimax) para varones y mujeres (estudio piloto de Sandin et al. 1994)	170
Tabla 5:	Formato manual para corrección individual del SIRI	175
Gráfico 1:	Relación entre indicador de efectividad de la terapia EMDR en TEPT y los tipos de reacción al estrés	221
Gráfico 2:	Relación entre indicador de efectividad de la terapia EMDR en Ajuste y los tipos de reacción al estrés	221
Gráfico3:	Relación entre depresión y tipos de reacción al estrés	222
Gráfico 4:	Relación entre internalidad total y tipos de reacción al estrés	223
Gráfico5:	Relación entre indicador de efectividad de la terapia EMDR en TEPT y situación generadora de estrés	225
Gráfico 6:	Relación entre indicador de efectividad de la terapia EMDR en Ajuste y situación generadora del estrés	226
Gráfico7:	Relación entre depresión y situación generadora de estrés	227
Gráfico 8:	Relación entre internalidad total y situación generadora de estrés	227

Gráfico 9: Relación entre indicador de efectividad de la terapia EMDR en TEPT y sexo 230

Gráfico10: Relación entre indicador de efectividad de la terapia EMDR en Ajuste y sexo 230

Gráfico 11: Relación entre depresión y sexo 231

Gráfico 12: Relación entre internalidad total y sexo 231

RESUMEN

El presente estudio cuasiexperimental, tuvo como objetivos estudiar la efectividad de la terapia EMDR en el tratamiento del TEPT en 24 personas con diagnóstico de cáncer y 24 personas víctimas de violencia urbana o que sufrieron accidentes automovilísticos graves, comparados con 50 participantes de los grupos control (25 con escucha pasiva y 25 en lista de espera); y, evaluar si la magnitud de la efectividad de la terapia es función de los factores tipos de reacción al estrés, situación generadora de estrés y sexo, y en qué medida las variables depresión e internalidad total mediatizan la relación entre estos factores y la efectividad de la terapia. Se constató que la terapia EMDR fue efectiva en el mejoramiento de los síntomas específicos del TEPT y de ajuste en los grupos que la recibieron en comparación con los que no la recibieron. Esta efectividad se vio influida por todos los factores mencionados, excepto por el sexo, cuyo efecto parcial sólo se observó en los síntomas específicos del TEPT y no en el ajuste. Las personas pertenecientes al tipo de reacción al estrés saludable respondieron mejor a la terapia EMDR que las del tipo no saludable. La terapia fue más efectiva en los pacientes víctimas de violencia y/o accidentes que en aquellos con diagnóstico de cáncer. Las mujeres mostraron una mejoría más elevada en los síntomas específicos del TEPT que los hombres, mientras que en ajuste la mejoría fue similar en ambos sexos. La efectividad de la terapia EMDR en el mejoramiento de los síntomas específicos del TEPT y del ajuste, en función de los tipos de reacción al estrés y de la situación generadora no estuvo mediatizada ni por la depresión ni por la internalidad total. La efectividad en el mejoramiento de los síntomas específicos del TEPT en relación con el sexo, no se vio afectada por la depresión; pero se dio una intervención significativa de la internalidad total en esta relación, sin embargo, no se puede emitir una conclusión definitiva al respecto. En el mejoramiento de los síntomas de ajuste la efectividad de la terapia se vio afectada por la depresión, a favor del grupo de mujeres; pero no por la internalidad total.

I. INTRODUCCIÓN.

La Psicología, desde sus inicios, ha tenido entre sus intereses principales el estudio de los contenidos psicológicos relacionados con la enfermedad mental. A través de una de sus ramas, la psicología clínica, incluye entre sus objetivos y tareas esenciales la descripción, análisis, evaluación y diagnóstico de los diferentes síntomas que reflejan el estado mental de los individuos. En este sentido, ha compartido su objeto de estudio con algunos de los propósitos de la psiquiatría. Por su parte, la psicoterapia y la psicología de la salud se han ocupado del estudio y aplicación de diversos métodos y procedimientos para el tratamiento y prevención de la enfermedad mental.

Un tema ampliamente tratado por estas disciplinas y que está directamente relacionado con los conceptos de enfermedad y salud mental es el estrés; término que en sí mismo es bastante complejo y que ha sido estudiado, no sólo en el campo de la psicología y la psiquiatría, sino también en un número considerable de disciplinas de la salud y de las ciencias naturales.

El estrés es un concepto que aparece en una amplia gama de literatura sobre la salud, desde libros y publicaciones con mayor renombre y acreditación científica, hasta las revistas y suplementos que se venden en kioscos y/o en librerías especializadas en metafísica y ramas afines. También en los programas de la radio, la televisión, el cine y en la sección científica de los periódicos, el término es ampliamente usado por distintos profesionales y cada quien lo interpreta y aplica según lo entiende y le conviene. Así mismo, el común de la gente lo concibe de mil maneras, tal como lo percibe a través de los medios de comunicación, o lo escucha de su médico o experimenta en su propio cuerpo y mente.

Es precisamente la vulgarización y la confusión que existe sobre el término, y la complejidad misma del fenómeno, lo que ha obligado a los especialistas en la materia a tratar de delimitar el concepto. No es de extrañar, por tanto, que a pesar de ser uno de los fenómenos más estudiados en psicología, se continúe investigando sobre sus causas, sus manifestaciones, su tratamiento y prevención. En general, este cuadro clínico sigue siendo motivo de interés científico por su complejidad, diversidad, heterogeneidad y por los resultados, a veces opuestos, en lo que respecta a su tratamiento.

Con frecuencia se ha designado al estrés como la "enfermedad de nuestro tiempo". Sin embargo no es un fenómeno de la época, sino que según su descubridor, Hans Seyle, forma parte de la vida humana y de su proceso de desarrollo y adaptación. Para el autor, el estrés no es un concepto nuevo, sino que ha existido siempre, es una "respuesta no específica del organismo, a toda demanda que se le haga" (Bensabat, Selye y Fontana s/f p. 19), es una respuesta que se puede medir, se emite a todo estímulo o cambio que ocurre en el medio y se traduce en cambios biológicos y orgánicos de adaptación, lo que el autor ha denominado "Síndrome General de Adaptación".

Seyle tiene un enfoque esencialmente fisiológico y bioquímico el cual se puede ubicar dentro del llamado *modelo del estrés como respuesta.* El autor no duda en afirmar que lo nuevo del estrés es la cualidad de las respuestas a los cambios. El hecho de que el mundo de hoy esté caracterizado por cambios permanentes y significativos, y que la mayoría de estos cambios sean inesperados, hace que el organismo esté respondiendo continuamente a ellos de diferentes maneras, no sólo a través de reacciones fisiológicas o bioquímicas, sino también por medio de respuestas psicológicas que pueden resultar más dramáticas y perjudiciales que las mismas respuestas orgánicas.

Otros dos enfoques sobre el estrés son el enfoque psicosocial y el cognitivo o interaccional. El enfoque psicosocial tiene su inicio en 1967 con los trabajos

realizados por Colmes, et al., (cp. Sandín, 1995). Estos autores consideran al estrés como un grupo de características asociadas a estímulos externos al individuo. En este sentido, están de acuerdo con aquellos autores que consideran al estrés como una enfermedad producto de los cambios producidos en el mundo de hoy, pero enfatizan no la cualidad de la respuesta sino la de los estímulos. El número de estresores se ha multiplicado, la naturaleza de los mismos está en continua transformación y sus efectos, no siempre predecibles, ocasionan serias alteraciones en el organismo. Este enfoque ha tenido una importante relevancia en las últimas dos décadas y es quizás la perspectiva que más ha influido en el saber del común de la gente.

Lazarus (1993), fundador del enfoque de interacción o perspectiva psicológica, no duda en afirmar que efectivamente el estrés se ha propagado en el mundo de hoy con una carga social significativa, debido posiblemente, no sólo a los cambios en los estresores del medio o a las respuestas a esos estresores, sino a las formas o maneras que tiene la persona de procesar los cambios y la información que le llega del medio. En este sentido, el autor define el estrés como un proceso de interacción entre los estímulos del medio y las respuestas del organismo.

Independientemente del énfasis que se haga en alguna de estas tres dimensiones (la del estímulo, la de la respuesta o la de la interacción), las diferentes perspectivas coinciden en sostener que en el mundo actual ocurren cambios drásticos, inimaginables, impredecibles y dramáticos, muchos de los cuales son responsables de la aparición de enfermedades físicas y mentales.

Una de las modalidades del estrés es el llamado "Trastorno de Estrés Postraumático" (TEPT). Este trastorno, sin duda alguna, implica múltiples factores y procesos relacionados con la salud física y mental. Los estudios sobre el TEPT tienen su inicio en la práctica clínica dirigida a los veteranos de la guerra y en los cuestionamientos que se siguen haciendo en la actualidad sobre las

posibles causas que hacen que una persona enferme ante una situación estresante y otra permanezca sana ante la misma situación, sobre los mecanismos que están involucrados en la ocurrencia de un trastorno físico o psicológico y sobre los posibles factores asociados al estrés que hacen posible que éste se produzca.

El TEPT es un cuadro clínico que aparece cuando la persona ha estado expuesta a una catástrofe natural (terremotos, inundaciones, huracanes), a situaciones de violencia y agresión (terrorismo, guerra, tortura, asalto sexual o violación, robo o atraco, intento de asesinato o secuestro, violencia doméstica), y a eventos cotidianos con una carga emocional intensa (accidentes, pérdidas significativas, pérdida de un trabajo, divorcio, diagnóstico de enfermedades graves o mortales). Se caracteriza por un grupo de síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación, manifestaciones de naturaleza psicosomática, cognitiva, afectiva y conductual, que tienen consecuencias devastadoras para la integridad física y mental de la persona que lo padece si ella no es tratada a tiempo.

El TEPT aparece en un amplio grupo de humanos; no hace distinción de cultura, género, edad, condición social o religión. En este sentido, en estudios epidemiológicos realizados en diferentes ciudades de Norteamérica se estima que su prevalencia está entre un 3% y un 8%. Este alto porcentaje indica que el TEPT puede seguir a cualquier evento traumático de amenaza sobre la vida (Koren, Arnon y Klein, 1999).

Adicionalmente, en un estudio realizado a nivel nacional con la población civil de EEUU por el National Center for PTSD (1995), se estimó que un 7.8% de norteamericanos experimentarán TEPT en algún momento de sus vidas, siendo la prevalencia de 5% en los hombres y 10.4% en las mujeres. Este estudio agrega que cerca de un 3.6% de los adultos con edades comprendidas entre los

18 y los 54 años padecen de TEPT durante el transcurso del año siguiente al evento traumático.

Sucesos traumáticos colectivos como los que han ocurrido en los últimos años en varios países del mundo (inundaciones, terremotos, guerras, violencia social, terrorismo..), y aquellos cotidianos, privados, personales, pero no menos dolorosos (violencia familiar, violaciones, pérdidas significativas, divorcios, desempleo en la familia, enfermedades mortales...), parecieran multiplicarse en nuestros tiempos, ocasionando el TEPT en muchas de las personas víctimas de estos sucesos, incapacitándolas para funcionar en forma adaptada y tener calidad de vida. La comprensión del fenómeno, su diagnóstico y tratamiento pareciera complicarse cada vez más, por lo que se han multiplicado las investigaciones, las estrategias terapéuticas y los servicios de atención a las personas afectadas por este trastorno.

Así, el objetivo de esta investigación es estudiar si un grupo de factores psicológicos y de naturaleza psicosocial, específicamente los tipos de reacción al estrés, la situación generadora de estrés y el sexo están asociados a la efectividad de la terapia EMDR (sigla en Inglés que significa "Eye Movement Desensitization and Reprocessing" y que se traduce al Español como "Movimientos Oculares de Desensibilización y Reprocesamiento"), en el mejoramiento de los síntomas del estrés postraumático en dos grupos de individuos: un grupo con diagnóstico de cáncer y otro grupo expuesto a situaciones de violencia y/o accidentes automovilísticos graves. Se considera también dentro del estudio evaluar si la relación entre estos factores y la efectividad de la terapia EMDR está mediatizada por las variables depresión e internalidad total.

En esta investigación se hace énfasis en el enfoque interaccionista de estrés, ya que las variables psicológicas consideradas se proponen como factores moderadores de la respuesta al estrés.

El valor teórico de esta investigación está en el planteamiento que presenta sobre los componentes psicológicos que podrían estar asociados a la efectividad de la terapia EMDR. Esos factores psicológicos son variables disposicionales, como los rasgos personales de los individuos que conforman la muestra y las situaciones que éstos experimentan.

Este mismo aspecto tiene un valor práctico por lo útil que puede resultar, conocer los factores psicológicos y situacionales que modulan la efectividad de la terapia EMDR. A este respecto, es importante señalar el interés expresado recientemente por la American Psychological Association concretamente por su Área de la Psicología Clínica, de determinar hasta qué punto los métodos terapéuticos están siendo apoyados por una sólida evidencia empírica (National Center for PTSD, 1995). En este sentido, el presente estudio pretende procurar un apoyo empírico a la terapia EMDR, además de fortalecer o servir de base para la revisión de sus fundamentos teóricos. La presente investigación, no obstante, tiene ciertas limitaciones que son importantes señalar de antemano.

En primer lugar, hay escaso soporte empírico en lo que respecta a las relaciones entre variables psicológicas o factores disposicionales y la efectividad o no del EMDR. Si bien se ha constatado la efectividad de este método en el tratamiento de trastornos tales como el TEPT, la ansiedad, la depresión, los ataques de pánico, las fobias, e incluso se ha relacionado con variables psicológicas como la autoestima, también es cierto que no hay una sólida y suficiente evidencia empírica respecto a los mecanismos o procesos psicológicos asociados a esa efectividad. Por ejemplo, hasta ahora no existen estudios conocidos sobre los tipos de reacción al estrés y su posible relación con la terapia EMDR. Éste sería uno de los aportes teóricos y metodológicos más importantes que la presente investigación haría a la psicoterapia y a la psicología.

En segundo lugar, la implementación del diseño de investigación que se utilizó fue dificultosa dado que la aplicación del tratamiento experimental se extendió en el tiempo, y mantener las condiciones uniformes de intervención resultó sumamente complicado.

Por último fue necesaria la participación de tres terapeutas que actuaron como colaboradoras en la aplicación de la terapia EMDR, lo que pudo implicar una fuente de variabilidad aun cuando se hizo todo lo necesario para controlar la actuación de cada terapeuta a fin de que la misma difiriese lo menos posible.

II. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: ANTECEDENTES DEL CONCEPTO TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El TEPT no es un fenómeno exclusivo de nuestro tiempo. El National Center for PTSD (1995), creado en 1989, reporta la aparición de este trastorno, registrado en la literatura médica desde tiempos antiguos. También señala la existencia de trastornos muy parecidos durante la Guerra Civil en EEUU, cuando se le denominaba "Síndrome de Da Costa". Más tarde, nuevamente se registran datos bien descritos y fundamentados sobre la aparición de esta enfermedad entre los veteranos de la II Guerra Mundial y entre los sobrevivientes del Holocausto Nazi.

Los estudios realizados con los ex-combatientes marcaron el inicio de la investigación sistemática sobre el TEPT y su definición como un síndrome categorizado dentro de los trastornos de ansiedad e independiente del resto de estos trastornos, tal y como más adelante lo asumió la American Psychiatry Association (APA) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales, DSM-IV (APA, 1994).

Horowitz (1999) describe cómo en la I Guerra Mundial, algunos físicos militares alemanes emplearon electroshock para persuadir a los soldados a regresar al frente de combate. A este proceder se le conoció con el nombre de "shell-shock" y produjo graves trastornos en los soldados que recibieron dicho tratamiento, hasta llevar a muchos de ellos al suicidio. Esto provocó una fuerte reacción de sus familiares, por lo que el Gobierno alemán solicitó la ayuda de Freud para que diera su opinión experta. Freud condenó semejante práctica y formuló una alternativa psicoanalítica para explicar la formación de los síntomas.

El autor señala cómo el mismo Gobierno alemán, después de la II Guerra Mundial, utilizó las propuestas psicoanalíticas para justificar los nefastos y terribles efectos que produjo su acción entre los judíos, manteniendo que los trastornos de estrés que padecían la mayoría de ellos, no eran consecuencia directa de la guerra sino de las experiencias traumáticas que muchos judíos habían tenido en su niñez. Para Horowitz (1999), sin embargo, los trabajos de investigación clínica realizados por Eitinger, posteriormente a la liberación de los judíos, favorecieron el reclamo que éstos hacían por los daños y perjuicios hechos en contra de su pueblo. Este investigador encontró que las dos terceras partes de los noruegos víctimas de los campos de concentración que pedían reparación por los daños, habían experimentado severas reacciones psíquicas durante su cautiverio, y después de varios años un 99% continuaba presentando síntomas similares al TEPT: a) disminución de la memoria, b) inhabilidad para la concentración, c) nerviosismo, d) irritabilidad, e) dificultades para relajarse y para conciliar el sueño, y f) un incremento de la fatiga.

Durante y después de terminada la Guerra del Vietnam, las investigaciones sobre el TEPT se hicieron más frecuentes en EE.UU. pues el número de los consultantes aumentaba cada día en los centros psiquiátricos y en las agencias de salud. Una de las investigaciones más amplias fue la realizada en 1988 por el National Center for PTSD, llamada "The National Vietnam Veterans Study". En este estudio se encontró que un 15.2% del grupo de los veteranos padecía TEPT y un 30% había experimentado algunos de los síntomas del desorden desde el regreso de la guerra. Reportes de los veteranos, especialmente de los que estuvieron directamente en los combates, reflejaban muchos de los síntomas del síndrome tal como se concibe hoy: pesadillas, flashbacks, trastornos de la memoria, inhabilidad para relajarse, dificultades para acercarse al otro, el sentirse extraño en la sociedad, miedo intenso, desesperanza, pesimismo y depresión, trastornos psicosomáticos variados, e inestabilidad en los trabajos (Davison y Neale, 1982; Echeburúa y De Corral, 1995).

En el National Center for PTSD se ha realizado un seguimiento sistemático sobre la presencia del TEPT en la población de los veteranos americanos de la II Guerra Mundial, en los excombatientes de los conflictos con Corea y con El Golfo Pérsico, y también en poblaciones de veteranos de otros países que han sostenido confrontaciones bélicas. Similar a la población de los soldados norteamericanos, se observaron los síntomas del TEPT en los australianos que lucharon en Vietnam.

Sandin (1995) describe cómo ya en el siglo XIV, el término estrés era usado para expresar situaciones y problemas personales relacionados con el sufrimiento y emociones negativas que impedían el normal funcionamiento de la persona. También el autor señala que en el siglo XVII el término se utilizó dentro del campo de la Física, asociado a otros dos términos: *carga y distorsión*, entendiéndose estrés como una *fuerza interna* que emerge de los cuerpos causada por una fuerza externa proveniente de la *carga* o *peso* ejercido sobre el cuerpo o estructura, produciendo ambos una *distorsión* en el cuerpo.

El mismo autor afirma que estos tres conceptos: carga, estrés y distorsión sirvieron, más tarde, de base a la psicología para el surgimiento de dos orientaciones iniciales sobre el estrés: a) los enfoques psicofisiológicos y bioquímicos que enfatizaron el componente de la distorsión y concibieron el estrés como una respuesta del organismo; y, b) los enfoques psicosociales que asumieron los conceptos de carga y estrés traduciéndolos como estresores o estímulos que desencadenan las respuestas del organismo. En este sentido, el estrés se entendió como un fenómeno externo que actúa sobre el organismo ocasionando una serie de respuestas orgánicas y psicológicas.

De ambos enfoques surgió una tercera perspectiva de orientación esencialmente psicológica, adoptada por Lazarus y Folkman (1984) quienes definen el estrés como un proceso de interacción, el cual resulta de la mediación de procesos cognitivos entre los estresores y las respuestas fisiológicas o

bioquímicas a los mismos. Esta propuesta complementa los dos enfoques anteriores que forman la llamada "Teoría General de los Sistemas". El enfoque interaccionista se asume, especialmente en el presente trabajo como una de sus bases teóricas y metodológicas fundamentales.

La consideración y aparición oficial del concepto TEPT tiene su historia: al principio, en el DSM-I se incluyó un grupo de conductas catalogadas como *respuestas de estrés* o *reacciones de estrés* ("gross stress reactions"). En el DSM-II, en lugar de incluirse esta designación formal, las *respuestas de estrés* fueron incorporadas en cuadros diagnósticos como tipos de neurosis, tales como: "neurosis de ansiedad" o "perturbaciones situacionales breves" (Horowitz, Wilner, Kaltreider y Álvarez, 1999).

Como tal, el término TEPT se incluyó por primera vez en el DSM-III (APA, 1980; cp. Echeburúa y De Corral, 1995), en la nosología de los trastornos de ansiedad. Esta categoría es más antigua en la literatura psiquiátrica, pero el concepto de TEPT se describió ligado especialmente al contexto de la guerra, a partir de los estudios realizados con los veteranos. La inclusión tardía de este cuadro clínico en parte obedeció a las dudas que había en torno a su validez y, en parte, al hecho de encontrarlo asociado a otros trastornos psicológicos por causas diversas. En el DSM-III, el TEPT se consideró como una *categoría global* que incluía *estresores genéricos* alrededor de los cuales se agrupaba un grupo de *estresores específicos* que definían contenidos también más específicos. Así, entidades diagnósticas como el síndrome del trauma de la violación, la neurosis de guerra, el síndrome de supervivencia y el síndrome de los campos de concentración tuvieron espacio en esta categoría global.

Actualmente, en el DSM-IV (APA, 1994) se sigue considerando el TEPT como una categoría de los trastornos de ansiedad. Sin embargo, se introducen, como nuevo criterio, los eventos traumáticos que se dan en el contexto habitual de la persona y no sólo los eventos inesperados e intensos. También se hace

una distinción entre los tipos de estrés según un criterio cronológico y de intensificación de los síntomas, con algunas modalidades en sus manifestaciones. Estos aspectos se detallan en los criterios de clasificación del cuadro clínico, que son descritos y analizados en el siguiente apartado.

CAPÍTULO II. CRITERIOS NOSOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

En el DSM-IV (APA, 1994), se indica que el TEPT se produce cuando la persona ha estado expuesta a eventos que amenazan su vida, su integridad física o la de otra persona, ante los cuales experimenta una serie de trastornos de naturaleza afectiva, cognitiva y conductual, que si no son tratados a tiempo amenazan seriamente y de por vida, la salud y el bienestar de la persona. El evento traumático puede estar presente en el contexto habitual de la persona y no ser necesariamente un suceso inesperado.

El TEPT aparece en el DSM-IV en la categoría de los trastornos de ansiedad, con una alta comorbilidad con este cuadro clínico en cuanto a varias de sus manifestaciones o características. Concretamente, las respuestas de miedo y evitación aparecen en trastornos de ansiedad tales como los ataques de pánico y las fobias. Los pensamientos intrusivos y las pesadillas también aparecen en los ataques de pánico; la evitación de los estímulos asociados al evento traumático se registra igualmente en las fobias; algunos rasgos de neuroticismo e introversión y altos niveles de ansiedad, que son síntomas típicos en la ansiedad generalizada, los comparte el TEPT. Los pensamientos intrusivos aparecen compartidos con los trastornos obsesivo-compulsivos. Los trastornos de ansiedad y el TEPT a menudo comparten no sólo síntomas, sino tratamiento farmacológico y tipo de terapia.

El TEPT también presenta una alta comorbilidad con los trastornos disociativos, especialmente los afectados por la modalidad crónica, aunque no se incluyen oficialmente en este cuadro como ocurre con los trastornos de ansiedad. Sin embargo, es importante señalar la amnesia que se produce en

muchos de los afectados por el evento traumático, acompañada muchas veces de alexitimia o ausencia de emoción (Echeburúa y De Corral, 1995).

La mayoría de las personas expuestas a hechos traumáticos experimentan algunos síntomas del TEPT en los días y semanas siguientes a la exposición. Eventos tales como violaciones, torturas, pérdidas significativas e intensas, desastres naturales, la guerra, accidentes, el diagnóstico de una enfermedad mortal o cualquier otro evento que rebasa la capacidad de la persona de manejar la situación de trauma, producen una crisis psicológica que en su etapa inicial se le ha denominado "Desorden Nervioso Agudo", el cual se manifiesta en una respuesta de intenso miedo, horror e indefensión (APA, 1994), que puede estar acompañada por sentimientos de irrealidad, de desconexión y confusión, ausencia de emociones, disminución de la concentración y de la memoria. En la esfera afectiva la persona que padece este desorden puede experimentar fuertes sentimientos de culpa; en algunos casos, también presenta agresión a otros o a sí misma y/o una profunda tristeza y ansiedad. Además, las personas afectadas van a re-experimentar el evento bien sea a través de sueños o de imágenes repetidas (flashbacks) e inevitables (Benveniste, 1999; Echeburúa y De Corral, 1995).

Si la persona afectada recibe prontamente un tratamiento adecuado, esos síntomas, en la mayoría de los casos, deberían desaparecer en los 30 días siguientes al evento. Si estos síntomas persisten en los tres meses siguientes se le denomina "Trastorno de Estrés Postraumático Agudo", y si persiste después de los tres meses se tendría un diagnóstico de "Trastornos de Estrés Postraumático Crónico" (APA, 1994), el cual inhabilita a la persona para vivir el resto de sus días con calidad de vida (Benveniste, 1999).

De acuerdo con el DSM-IV (APA, 1994), para el diagnóstico de TEPT, además de los criterios ya señalados, se requiere que los síntomas del cuadro (ver Tabla 1) perduren más de un mes; de no ser así, se trataría de un desorden

nervioso agudo, el cual podría ser considerado incluso como una forma de adaptación al medio y defensa de la amenaza.

Tabla 1: *Criterios diagnósticos del trastorno del TEPT del DSM-IV* (Tomado de (APA, 1994)
A. La persona ha estado expuesta a un suceso traumático en el que concurren las siguientes circunstancias: 1. La persona ha experimentado, ha sido testigo o se ha enfrentado a un(os) suceso(s) que implica(n) la muerte, la amenaza de muerte, una herida grave o un riesgo a la integridad física de uno mismo o de otras personas. 2. La reacción de la persona lleva consigo respuestas intensas de miedo, de indefensión o de horror. B. El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente por lo menos en una de las formas siguientes: 1. recuerdos desagradables, recurrentes e intrusivos del suceso, que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones; 2. sueños desagradables y recurrentes del suceso; 3. conductas o sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo; 4. malestar psicológico intenso cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático; 5. reactividad fisiológica cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático; C. Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y falta de capacidad general de respuesta (no existente antes del trauma), que se ponen de manifiesto en, al menos, tres de los siguientes fenómenos: 1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados con el trauma; 2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que provocan el recuerdo del trauma; 3. incapacidad para recordar algunos de los aspectos importantes del trauma; 4. disminución marcada del interés o de la participación en actividades significativas; 5. sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás; 6. limitación en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapacidad para enamorarse); 7. sensación de acortamiento del futuro (por ejemplo, no confía en realizar una carrera, casarse, tener hijos o vivir una vida larga). D. Síntomas persistentes de hiperactivación (no existentes antes del trauma), que se ponen de manifiesto en, al menos, dos de los siguientes fenómenos: 1. dificultad para conciliar o mantener el sueño; 2. irritabilidad o explosiones de ira; 3. dificultades de concentración;

4. hipervigilancia;
5. respuesta de alarma exagerada.

E. La duración del trastorno descrito en los apartados B, C y D es superior a un mes.

F. El trastorno ocasiona un malestar clínico o es causa de una alteración significativa en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes de la vida.

El curso del TEPT crónico tiene sus altibajos: hay períodos en los cuales los síntomas regresan con más intensidad y otros períodos en los que disminuye tanto la intensidad como su número o frecuencia. Sin embargo, en algunos casos, los síntomas persisten de tal forma que inhabilitan a la persona en la casi totalidad de sus funciones, especialmente, éstos pueden reaparecer con intensidad severa cuando en el entorno de la persona ocurren cambios que son percibidos por ella como amenazantes o similares a la situación que le causó el trauma.

En la versión del DSM-IV (APA, 1994), tal y como se señaló con anterioridad, a diferencia del DSM-III-R (APA, 1987), se contemplan eventos que suceden en el contexto habitual de la persona y no sólo los acontecimientos traumáticos inesperados. La razón es que la exposición continua a estresores puede tener tanta influencia como un suceso trágico y ocasional, por lo que también es importante evaluar la respuesta de la persona a estos estresores continuos. Este criterio abre la puerta para considerar la naturaleza y las características del suceso. A menudo se encuentra que el daño infringido por otros seres humanos, como violaciones, agresiones, torturas, secuestros, tiene un mayor poder desestabilizador y los síntomas se presentan con mayor intensidad que el daño causado por desastres naturales o accidentes (Echeburúa y De Corral, 1995).

Echeburúa y De Corral (1995) clasifican los eventos traumáticos en tres categorías: (a) *naturales:* incluyen los terremotos, inundaciones, huracanes;

(b) *accidentales:* estarían los incendios, accidentes aéreos y viales, los accidentes laborales, del hogar o de otro tipo; y (c) *causados intencionalmente por el ser humano:* agresiones sexuales, secuestros, torturas, guerras, prisiones, campos de concentración, el terrorismo, los atracos y/o robos, las amenazas. Aunque estos autores no la señalan se puede considerar una cuarta categoría conformada por eventos traumáticos que pueden suceder en la vida cotidiana y que tienen igualmente una carga emocional intensa, como son las *experiencias personales de sufrimiento*: pérdidas significativas (muerte de un ser querido..), divorcio, información sobre diagnóstico de una enfermedad mortal, pérdida de un trabajo, desprestigio moral. Todas estas situaciones pueden ser eventos que desencadenen un cuadro de estrés postraumático.

Si bien, como ya se indicó, el TEPT tiene una alta comorbilidad con otros cuadros clínicos, lo definen unos síntomas más específicos y propios del cuadro como son: (a) los síntomas de reexperimentación persistente, a la cabeza de los cuales están los pensamientos o recuerdos intrusivos, las imágenes, percepciones y pesadillas recurrentes sobre el acontecimiento traumático; (b) la conducta de alarma y el estado de hipervigilancia que combinados representan un cuadro más definido del estrés postraumático; y, (c) la evitación de situaciones, personas, y cualquier estímulo asociados con el trauma, así como también los otros aspectos situacionales considerados en el DSM IV (APA, 1994).

Los exponentes de los diversos enfoques y modelos que abordan el TEPT enfatizan aquellos síntomas que guardan mayor relación con sus conceptos y propuestas de diagnóstico y tratamiento. A continuación se exponen los tres principales modelos teóricos sobre el estrés y algunas consideraciones sobre su etiología.

CAPÍTULO III: MODELOS TEÓRICOS SOBRE EL ESTRÉS

1. MODELOS FISIOLÓGICOS Y BIOQUÍMICOS.

Estas teorías conciben el estrés como una respuesta del organismo a los estímulos, tanto internos como externos, en búsqueda de equilibrio y adaptación. Entre los máximos exponentes de este enfoque se encuentra Hans Selye, quien fue el descubridor del síndrome de estrés y el primero en iniciar investigaciones sobre el concepto.

Selye definió el estrés como "toda respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga" (Bensabat, Selye y Fontana, s/f; p. 19). La demanda puede ser física, biológica, psicológica, ambiental, buena o no. Independientemente de la demanda, la respuesta será siempre la misma. Esta respuesta se puede medir y consiste en secreciones hormonales y reacciones biológicas que desencadenan, a su vez, un grupo de reacciones somáticas tanto funcionales como orgánicas.

El autor distingue entre el "*buen* estrés" o "*eustress*" que ocurre normalmente, cada vez que el organismo, siguiendo sus mecanismos fisiológicos, responde a los estímulos también normales del medio, y el "*mal stress*" o "*distress*" que serían las respuestas dadas a aquellos estresores intensos, amenazantes y destructivos que superan la capacidad de control del organismo.

Si bien en sus últimos estudios Selye (1983) siguió manteniendo la inespecificidad de la respuesta, reconoció la especificidad de los estímulos o estresores. Esto permite, en ciertas circunstancias, admitir la elicitación de respuestas específicas, por ejemplo: el calor producirá la respuesta de

sudoración, el frío producirá escalofríos, entumecimiento en el cuerpo. Sin embargo, más allá de estas especificaciones, estas reacciones tienen en común la búsqueda de equilibrio del organismo. Existe pues una respuesta general, inespecífica, de búsqueda de adaptación y reajuste que es el estrés mismo. Por lo que Selye (1983) definió el estrés como un estado que se manifiesta por el "Síndrome General de Adaptación" (S.G.A); de tal forma que la presencia e intensidad del estrés se da en el organismo cuando se produce el S.G.A. Éste se sucede en tres etapas: (a) *reacción de alarma*, (b) *resistencia*, y (c) *agotamiento.*

La reacción de alarma es la respuesta inicial del organismo al ser expuesto a estímulos nuevos, repentinos o imprevistos. La reacción de alarma está conformada por dos subfases: (a) choque, que es la reacción inmediata al estímulo que se manifiesta en un grupo de síntomas característicos: taquicardia, pérdida del tono muscular, disminución de la temperatura y la presión sanguínea, descarga de adrenalina, corticotrofina (ACTH) y corticoides; y, (b) contrachoque, que es la reacción de defensa caracterizada por recrecimiento e hiperactividad de la glándula suprarrenal, disminución de la actividad del sistema timo-linfático, hipertensión, hiperglicemia, diuresis, e hipertemia.

Por su parte, en la etapa de *resistencia* se produce una adaptación del organismo al estímulo estresor y los síntomas disminuyen y mejoran. Las funciones del organismo vuelven progresivamente a su estado normal.

Finalmente, la etapa de *agotamiento* se produce cuando la acción del estresor persiste, al punto de que la adaptación lograda en la etapa anterior se pierde o no se logra consolidar dada la magnitud, duración y significancia de los efectos del elemento estresor. No superar esta etapa permite el regreso de los síntomas iniciales presentes en la reacción de alarma, y en grado extremo, puede producir la muerte del organismo.

A este modelo de Selye se le han hecho algunas críticas. Concretamente, Sandin (1995) señala dos de ellas: (a) no hay bases empíricas que apoyen una independencia entre el estímulo estresor y las respuestas o reacciones de estrés; y, (b) el criterio de inespecificidad de la respuesta ha sido muy cuestionado, ya que diversas investigaciones han mostrado que éste no se cumple en todos los casos, excepto en aquellas respuestas asociadas a estímulos emocionales, por lo que más bien se debería hablar de una "*activación emocional*".

Para hacer esta última afirmación, Sandin (1995) se basó en los estudios realizados en 1968 por Mason. Este autor mostró que la sensibilidad del sistema neuroendocrino a los estímulos emocionales sugería que, en lugar de respuestas inespecíficas a cualquier demanda del medio, lo que se observaba era una especificidad de las respuestas a los estresores emocionales. Específicamente, el autor, en sus investigaciones con primates, observó que lo que inducía la respuesta de estrés era la presencia de factores psicológicos asociados a los estímulos. Por ejemplo, en una investigación con primates, sometió a un grupo de primates a ayuno por varios días en presencia de otros que recibían normalmente su comida. Halló que los primates que estuvieron en situación de ayuno presentaron una hiperactividad en la corteza suprarrenal manifestada en niveles elevados de 17-hidroxicorticosteroides (17-OHCS). El autor consideró que lo que realmente produjo estos cambios no fue el ayuno, sino el hecho de que los compañeros recibiesen alimento y ellos no. Para comprobar este supuesto, colocó a otro grupo en condición de ayuno en un pequeño cubículo, aislado de los otros compañeros y de cualquier otro estímulo. Después, a este mismo grupo, les suministró alimentos muy similares a los de la dieta normal pero sin nutrientes, y encontró que no hubo cambios en los niveles de 17-OHCS; por lo que concluyó que era el estímulo psicológico el que realmente producía la reacción de estrés a nivel de la corteza suprarrenal y no el ayuno. Mason, utilizando otros estresores como calor y ejercicio encontró resultados similares: no eran precisamente los estímulos estresores los que afectaban el

funcionamiento de la corteza suprarrenal, sino el hecho de que estos estímulos estuviesen asociados a factores emocionales.

En esta misma línea de investigación, Sandin (1995) señala los resultados obtenidos con seres humanos sometidos a ejercicio físico, en los que se observó que las alteraciones en los 17-OHCS plasmáticos o en la orina se producían sólo en condiciones de competencia y no cuando realizaban ejercicios normales. Por último, cita los estudios realizados por Weiss en 1971 sobre "control inducido" y "evitación activa", en los que dos ratas recibían los mismos estímulos aversivos en las mismas condiciones, pero sólo una de ellas controlaba la emisión del estímulo. Según el investigador, la diferencia entre las dos ratas estaba en la percepción de control. El autor halló que el animal sin control también presentaba mayores niveles de corticosterona y lesiones gástricas; por lo que concluyó que las reacciones de estrés tienen una base más psíquica (percepción del control) que física.

En el caso del TEPT es importante la consideración de factores neurobiológicos y fisiológicos asociados a su desarrollo, producto de alteraciones en el sistema nervioso central y/o en el sistema nervioso autónomo. La alteración de la actividad en la onda cerebral, así como la disminución del volumen del hipocampo y la activación anormal de la amígdala, parecen estar involucradas en el procesamiento e integración de la memoria, la cual se ve afectada bajo las condiciones de TEPT. Además, se ha encontrado que la amígdala está involucrada en la respuesta de miedo, y que alteraciones psicofisiológicas como la hiperexcitación del sistema simpático incrementan la sensibilidad del reflejo de asustarse y anormalidades en el sueño. Así mismo, bajo los efectos del TEPT se producen cambios neuroendocrinos que afectan significativamente la vida emocional y la conducta de las personas afectadas (van der Kolk, 1995)

En este sentido, Sáiz, Calcedo y Bousoño (2001), partiendo de una perspectiva biológica, hacen una serie de planteamientos sobre las bases

psicobiológicas del TEPT. Al respecto se preguntan por las causas que impiden a la persona que ha experimentado un evento traumático regresar a su estado original de salud; por aquellas causas que facilitan que unas personas se recuperen y otras no; y por el papel que juega la vulnerabilidad previa a los eventos traumáticos y al desarrollo posterior del trastorno. Después de hacer un análisis sobre un nutrido grupo de investigaciones, los autores concluyen que las alteraciones neurobiológicas que acompañan al desarrollo del TEPT son principalmente los problemas de desregulación en los sistemas glutamatérgico, noradrenérgico, serotonérgico y en algunos sistemas neuroendrocrinos, los cuales afectan al cerebro y se manifiestan en forma de síntomas como algunos de los observados en el TEPT. Al respecto concluyen lo siguiente:

> 1. Los cambios neurológicos del TEPT no constituyen, necesariamente, un reflejo de las modificaciones biológicas que se observan tras la exposición aguda a un acontecimiento traumático. 2. Las alteraciones neurobiológicas detectadas en el TEPT no se traducen en un patrón clínico específico. 3. Las alteraciones neurobiológicas detectadas en el TEPT, reflejan en algunos casos, un estado de vulnerabilidad previa, favoreciendo la aparición de determinadas respuestas biológicas anómalas. Y, en otras, sin embargo, serían consecuencias secundarias del trauma. 4. Las alteraciones neurobiológicas detectadas en el TEPT son diferentes de las observadas en otros trastornos mentales y del comportamiento. 5. A pesar de que en los últimos años se han realizado importantes avances en el conocimiento de las alteraciones neurobiológicas de este trastorno, aún quedan muchas lagunas por aclarar. 6. Las nuevas metodologías de investigación y la realización de estudios prospectivos podrán facilitar esta tarea, permitiendo el desarrollo de estrategias terapéuticas más específicas y efectivas para el tratamiento de este trastorno. (p.13)

Indudablemente el conocimiento respecto a la implicación de los sistemas cerebrales en el procesamiento de la información permite no sólo ampliar las explicaciones sobre el origen y manifestación de los trastornos mentales, sino también una mayor especificidad y diferenciación de los mismos. Al respecto, González (2001) señala que el cerebro tiene una "memoria biológica" y actúa como "centro automático de reacción" (p.1). El autor considera necesario conocer los sistemas cerebrales que están comprometidos en el desarrollo del TEPT, y que forman lo que se denomina "región de trauma cerebral". Estos sistemas son: "a) el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, b) la amígdala, y c) el

locus coeruleus" (p.1). Explorar y comprender la desregulación de estos sistemas y sus efectos en el desarrollo del TEPT es altamente recomendable cuando se inicia una terapia para el alivio de los síntomas.

Adicionalmente, los estudios de Davidson, et al. (1985) apoyan la hipótesis de la intervención de componentes genéticos en el desarrollo del TEPT. Estos autores encontraron que, en comparación con grupos "normales", el 66% de los pacientes con TEPT tenían una historia familiar del trastorno. Por otra parte, en comparación con enfermos de ansiedad, los pacientes con TEPT tenían una historia familiar de alcoholismo, seguida de ansiedad generalizada, muy similar al grupo con ansiedad. Finalmente, en los pacientes con TEPT había una menor incidencia de historia familiar de depresión, en comparación con el grupo de personas con trastornos depresivos.

Por otra parte, la diátesis o vulnerabilidad individual es una variable que también tiene una alta participación en el desarrollo del estrés y que ayuda a comprender tanto las diferencias individuales en cuanto al TEPT, como el estado o condición fisiológica del individuo en el momento en que ocurre el trastorno. Desde un punto de vista individual, ante el estrés se pueden encontrar, en un extremo, individuos altamente resistentes; y, en el otro extremo, personas altamente vulnerables, por lo que la ocurrencia del TEPT depende en gran parte del estado psicofisiológico del individuo en el momento del evento traumático (Davison y Neale, 1982).

Al respecto, son interesantes los estudios realizados por varios investigadores sobre la resistencia y/o vulnerabilidad al estrés en las etapas tempranas de la vida (Flach, 1989; Saúl, 1970; cp. González de Rivera, 2000). Estos estudios sugieren que ciertas condiciones en la infancia temprana, tales como el apoyo social, la protección materna, la "elasticidad biológica" y el estímulo a la independencia, contribuyen significativamente al desarrollo de la tolerancia al estrés. En otro sentido, experiencias y condiciones más

desfavorable en la primeras etapas de la vida, tales como los trastornos de conducta en la infancia, favorecen el desarrollo del TEPT en la vida adulta (Helzer, 1987, cp. González de Rivera, 2000). Por otra parte, los individuos simpaticotónicos, hiperadrenérgicos, con menos equilibrio neurovegetativo, son más vulnerables al estrés que aquellos con mayor estabilidad neurovegetativa. También se ha hallado que la exposición a violencia física o emocional y sin apoyo social en edades tempranas, son factores que contribuyen a sensibilizar el sistema nervioso central, disminuyendo los dinteles de reactividad de estructuras hipotalámicas y preparando el terreno para modificaciones neurofisiológicas más severas que harán a las personas más vulnerables al estrés en su vida adulta (Kolb, 1987, 1989; cp. González de Rivera, 2000).

A esta variedad de aproximaciones contempladas dentro de los modelos fisiológicos, bioquímicos y psicofisiológicos, se agregan otras que son más de naturaleza psicológica y que, en todo caso, evidencian con sus conceptos y bases empíricas, la complejidad de los trastornos de estrés.

2. MODELOS PSICOSOCIALES

En estos modelos el estrés es definido en términos del estímulo, por tanto se considera externo al individuo. El organismo reacciona al estrés, el cual estando fuera del individuo, es capaz de producirle una serie de desajustes o desequilibrios tanto psicológicos como orgánicos. En este sentido el estrés se concibe como una variable independiente, muy al contrario de las teorías anteriores basadas en la respuesta en las que el estrés se define como una variable dependiente.

Con respecto a este enfoque, surgen algunas cuestiones como: ¿cuáles situaciones serían estresantes?, ¿las situaciones estresantes producirían los mismos efectos en todas las personas o habría variabilidad entre los sujetos

expuestos a ellas?, ¿la frecuencia e intensidad de las situaciones estresantes determinarían los niveles de afectación de forma diferente en cada persona?. En relación con estas cuestiones, Weitz (1978; cp. Sandin, 1995) planteó ocho categorías de posibles situaciones estresantes: (a) procesar la información velozmente, (b) estímulos ambientales dañinos, (c) percepción de amenaza, (d) función fisiológica alterada (por ejemplo, como resultado de una enfermedad, pérdida de sueño, drogas, etc.), (e) aislamiento y confinamiento, (f) bloquear, obstaculizar, (g) presión grupal, y (h) frustración.

Algunos esfuerzos metodológicos por conocer la relación entre el estrés y la enfermedad, resultante de eventos psicosociales los realizaron Holmes y Hawkins (1956; cp. Sandín, 1995). Estos autores, elaboraron un inventario al que denominaron Schedule of Recent Experience (SRE), en el que se reflejaban sucesos vitales extraídos de historias personales de individuos con alguna enfermedad y que parecían estar relacionados con el comienzo de la misma. Se entiende que los sucesos vitales son cambios significativos que producen alteraciones en la salud del individuo. Por tanto, la enfermedad física no estaría causada sólo por agentes biológicos, internos, ni tampoco obedecería a un evento único, sino que sería causada por una multiplicidad de factores entre los que destacan los psicosociales. Para explicar esta postura, Holmes introdujo el concepto de "sucesos múltiples" en relación con el tiempo en que ha(n) ocurrido el(los) evento(s).

En cuanto a la exposición previa y frecuente a sucesos traumáticos, estudios realizados en el ámbito militar con veteranos de la guerra, han evidenciado una relación positiva entre un alto índice de eventos vitales previos al trauma específico y el desarrollo del TEPT, como efecto del llamado "estrés acumulativo" o "efecto de sucesos vitales" (Horowitz, 1980; Salomón, 1989; cp. González de Rivera, 2000).

Algunos investigadores como Sandín y Chorot (1987); Sandin, Chorot, Navas y Santed (1995); y, Sarason, Johnson y Siegel (1978), partiendo de las investigaciones de Holmes, han mejorado la SRE y han elaborado instrumentos para medir sucesos vitales, y también los efectos de éstos en variables como el estrés, el control, el estado emocional. Por ejemplo, Sandín y Chorot (1987) elaboraron un cuestionario para evaluar sucesos vitales (CSV), además del nivel de estrés percibido y la valoración de los sucesos. En la actualidad, este cuestionario ha sido reformulado y está constituido por 65 sucesos vitales categorizados en 11 áreas: (a) trabajo, (b) salud, (c) amor, (d) matrimonio/pareja, (e) familia, (f) hijos, (g) social, (h) legal, (i) finanzas, (j) residencia, y (k) académica.

Un enfoque psicosocial adicional es el conocido con el nombre de "role strain" o "tensión", "presión" o "estrés de rol". Partiendo de este enfoque, investigadores como Lieberman, Meneghan y Mullan (1981; cp. Sandin, 1995) sostienen que los sucesos vitales, en lugar de producir directamente cambios en el organismo (Ej.: enfermedades), lo que hacen es producir cambios o problemas en el curso de la vida y que éstos, a su vez, producen cambios en la salud.

En términos generales, en los modelos psicosociales se hace énfasis en los estresores potencialmente capaces de desencadenar trastornos en la salud de aquellos individuos que han estado sujetos a ellos. Si existe un ambiente que facilita el desarrollo personal y la salud, el estrés no será un problema, pues aquella o aquellas experiencias traumáticas podrán ser controladas y manejadas adecuadamente, lo cual posiblemente no sucedería en un ambiente adverso en el que se dificulte todo proceso de recuperación y adaptación (Othmer y Othmer, 1996).

Los modelos psicosociales sobre el estrés han tenido gran acogida entre los clínicos, también son los más conocidos y manejados por el común de la gente. Hasta el momento han resultado bastante útiles y sencillos para explicar el

estrés. Sin embargo, en términos de la evaluación del estrés, estos modelos tienen sus limitaciones:

1. Si bien los exponentes del enfoque psicosocial distinguen entre sucesos vitales y sucesos menores o estresantes diarios, en los inventarios para medir ambos tipos de sucesos a veces se solapan los ítems, apareciendo un mismo evento como suceso vital y como suceso menor.
2. Otro problema es el relacionado con la confusión de medidas en el caso de los ítems que exploran salud, los cuales a menudo se incluyen también como indicadores de salud, confundiéndose así variables independientes con síntomas. Es importante considerar los sucesos de salud como sucesos vitales (variable independiente), pero con el debido cuidado de no confundirlos con síntomas o efectos (variables dependientes).
3. Los auto-informes a veces presentan un sesgo, debido al fuerte componente de emocionalidad negativa que se expresa veladamente en los ítems, por lo que las personas con mayor nivel de emocionalidad negativa tenderán a puntuar más alto en estrés.

3. MODELOS TRANSACCIONALES O INTERACCIONALES.

Las teorías transaccionales, en lugar de enfatizar la respuesta o el estímulo, ponen todo su empeño en describir y analizar la interacción entre los estímulos o estresores y las respuestas, destacando el papel relevante de los factores psicológicos, especialmente los de naturaleza cognitiva. Si bien estos factores son considerados en las teorías descritas anteriormente, en el enfoque interaccional cobran especial importancia porque la persona juega un rol mucho más activo que en los otros dos enfoques.

Richard Lazarus está considerado como el fundador del enfoque interaccional. Este autor y Folkman, uno de sus más cercanos colaboradores,

coinciden en definir el estrés como un "conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada por la persona como algo que 'grava' o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal" (Sandin, 1995 p. 9)

Este modelo considera la interpretación que hace la persona de los eventos estresantes a los que está o estuvo expuesta y las respuestas que da a los mismos. Un grupo de procesos de naturaleza cognitiva, emocional y disposicionales median entre los estresores y las reacciones del organismo. Efectivamente concurren percepciones o pensamientos sobre los eventos estresantes, así como emociones y conductas que se ejecutan frente a esos estímulos amenazantes, las cuales pueden ser efectivas o no para su afrontamiento. Así, el efecto de los estresores puede ser menor o mayormente controlado, dependiendo de la interpretación que la persona afectada haga de la situación.

El concepto principal del enfoque de Lazarus y Folkman (1984) es el de "evaluación" (appraisal), a la cual consideran como un mediador cognitivo de las reacciones de estrés a los estímulos. La evaluación cognitiva es un proceso mediante el cual la persona valora y significa lo que sucede en su entorno y que guarda relación con su bienestar y seguridad. Dentro de esta perspectiva, los autores describen tres tipos de valoración: (a) primaria, (b) secundaria, y (c) reevaluación.

La evaluación primaria se va a dar cada vez que la persona es afectada por estresores internos o externos. Se hace a través de cuatro formas: (a) amenaza: la persona anticipa la posibilidad de un daño inminente; (b) daño-pérdida: la persona evalúa el daño o la pérdida que ya ha ocurrido; (c) desafío: la persona valora las situaciones en términos de ganancia y amenaza, las posibilidades que tiene de superar obstáculos y lo difícil que puede resultar; y, (d) beneficio: la persona evalúa que la situación no genera estrés. De acuerdo con esta

perspectiva, de las primeras tres formas de evaluación se infieren tres tipos de estrés: (a) de amenaza, (b) de pérdida, y (c) de desafío. Además, se concluye que el estrés no es un evento, respuesta o una mera activación del organismo, sino un proceso complejo.

Por su parte, la evaluación secundaria se refiere específicamente a la valoración que hace la persona de sus propios recursos de afrontamiento ante los eventos o situaciones de estrés y de las propias reacciones ante esos eventos. Estos recursos son tanto personales como posibilidades del entorno.

Finalmente, la reevaluación se refiere al intercambio de información entre la persona y su entorno. Se trata de la valoración que hace de la relación que existe entre sus recursos personales y las demandas externas. La persona tiene la posibilidad de establecer correcciones sobre las evaluaciones previas. Por ejemplo, cuando considera que sus posibilidades personales pueden no permitirle responder frente a algunas demandas, o por el contrario, cuando considera que sus recursos son suficientes para hacerlo.

Cox y Mackay (1978; cp Sandin, 1995) proponen un modelo muy similar al de Lazarus y Folkman, al que denominan "modelo transaccional del estrés". Estos autores definen el estrés como un mecanismo de retroalimentación o intercambio de información que estaría en un sistema cibernético más amplio. En este modelo el estrés se da cuando la persona percibe que hay un desbalance entre las demandas y sus posibilidades de afrontarlas. Por tanto, el concepto más importante es el de la "evaluación cognitiva" que se hace de la relación entre demandas y posibilidades.

Dentro de la perspectiva etiológica del TEPT hay un grupo de teorías que explican la aparición del trastorno, entre las que destacan: (a) el condicionamiento, (b) la indefensión aprendida, y (c) la del procesamiento de la información.

La primera indudablemente explica las causas del trastorno haciendo uso de los modelos de aprendizaje del condicionamiento clásico y operante. Así el miedo y la ansiedad pueden ser condicionados a partir de la vivencia intensa del evento asociado a otros estímulos presentes en el momento de su ocurrencia y que se pueden generalizar a otras situaciones. La reducción o inhibición de ciertas conductas sociales, la depresión, disminución de la autoestima y también del apetito sexual pueden ser explicadas como producto de la ansiedad anticipada y de las posteriores respuestas de evitación.

La teoría de la indefensión aprendida, propuesta por Seligman (1975), explica la aparición del TEPT como una consecuencia de las percepciones, evaluaciones cognitivas o atribuciones que hace la víctima o la persona afectada de no control de la situación traumática, independientemente de lo que ella haga para lograrlo; es decir, la persona experimenta que sus acciones por el control no tienen ninguna consecuencia para contrarrestar los efectos negativos o dañinos del evento. El medio se percibe terriblemente amenazante y la persona se ve a sí misma incapaz de afrontar y enfrentar esas amenazas, hasta el punto que paraliza toda decisión o acción. La persona, además de poseer unos esquemas cognitivos negativos y fijos que le llevan a tener pensamientos equivocados sobre los eventos traumáticos, también hace atribuciones de esos eventos que suceden, que pueden ser atribuciones internas o externas, pero que en todo caso son irracionales (Polaino-Lorente y Buceta, 1984; Seligman, 1975). El modelo de la indefensión aprendida y su relación con la teoría atribucional y del locus de control sirve como uno de los fundamentos teóricos del presente trabajo.

Otro modelo o enfoque sobre las causas del estrés postraumático y que sirve de base teórica a la investigación que nos ocupa es el del procesamiento de la información. Sus exponentes, Foa y Kozak (1986; cp. Echeburía y De Corral, 1995), proponen las estructuras cognitivas del miedo para explicar la

reexperimentación de los eventos traumáticos y/o síntomas del TEPT. Para estos autores, el TEPT ocurre porque no ha habido un procesamiento emocionalmente adecuado del evento traumático ni una verdadera integración cognitiva y emocional de dicho evento, y esa falta de integración se generaliza a otras situaciones que no son necesariamente amenazantes pero que la persona las percibe como tal.

Los modelos que explican el estrés difieren en términos de sus conceptos y del énfasis que colocan, bien sea en los componentes internos o en los externos, de naturaleza psicológica y física. Particularmente en el presente estudio son importantes los factores internos, de naturaleza psicológica, que se supone moderan el desarrollo y/o la efectividad de una terapia o tratamiento del cuadro facilitando o impidiendo el proceso de curación y adaptación.

CAPÍTULO IV: FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Las respuestas psicológicas a los eventos traumáticos pueden ser de tipo emocional, cognitivo y conductual. Pareciera que la respuesta psicológica asociada al TEPT es primariamente emocional y de tipo negativo. Ante la situación estresante o evento traumático la persona reacciona con miedo, ira, ansiedad o depresión. Estas emociones varían en intensidad y duración según el tipo de estrés que se tenga sea agudo o crónico. Generalmente, en la fase aguda las emociones primarias son de ansiedad y miedo, si éste pasa a la fase crónica la emoción se convierte en un estado depresivo (Sandin, 1995).

Sin embargo, no hay que olvidar las dimensiones cognitiva y conductual de las reacciones al estrés. La evaluación del evento por parte de la víctima y las redes asociativas de la memoria también tienen un papel preponderante en el TEPT. Así mismo, los trastornos psicosomáticos y/o enfermedades físicas, como respuesta a los eventos traumáticos, continúan siendo temas de importancia esencial para la psicopatología. Las publicaciones médicas y psicológicas continúan multiplicando sus artículos en torno a la relación entre factores psicológicos y el desencadenamiento o acentuación de los síntomas de enfermedades. A pesar de la abundante información y de numerosas investigaciones a este respecto, en la comunidad científica prevalece la idea de que el estrés es un fenómeno muy complejo y sus relaciones con la enfermedad física siguen siendo inespecíficas y poco discriminantes.

Autores como Sandin, et al. (1992) señalan que para explicar la participación de los factores psicológicos en los trastornos de naturaleza psicosomática es importante asociarlos con otros mecanismos y procesos fisiológicos, tales como

el funcionamiento del sistema nervioso autónomo y neurovegetativo, así como con la historia clínica del individuo la cual permite complementar la información.

En este sentido, son destacados los estudios realizados sobre la relación entre el desarrollo del estrés y una historia psiquiátrica previa en las personas que padecen el síndrome. Por ejemplo, a menudo se han relacionado los rasgos de extraversión y neuroticismo con el estrés, en el sentido de que permiten una percepción y evaluación equivocada o maximizada de los estímulos estresores; así mismo, tanto la ansiedad como los trastornos somáticos se hacen más agudos (González de Rivera, 2000).

Friedman (1996) sostiene, basándose en la literatura científica, que aproximadamente el 80% de las personas a las que se les ha diagnosticado TEPT, padecen o han sufrido al menos otro trastorno psiquiátrico, que puede ser: (a) de tipo afectivo, entre un 26% y un 65%; (b) de ansiedad, entre un 30% y un 60%; (c) de personalidad, entre un 40% y un 60%; o, (d) de adicción (ingesta de alcohol o consumo de drogas), entre un 60% y un 80%. El autor señala que estos factores podrían ser predictores del desarrollo del TEPT en personas expuestas a eventos traumáticos. Sin embargo, precisa que los predictores que más destacan son las reacciones disociativas durante e inmediatamente después del hecho traumático y una historia de traumas no resueltos.

Aunque persiste un desacuerdo entre los autores sobre la relación entre los antecedentes psiquiátricos y el desarrollo del estrés, en lo que sí parecen estar de acuerdo es en que, posterior al evento traumático y antes de la aparición del TEPT, las personas que lo padecen comienzan a sufrir una serie de disfunciones de naturaleza física y psíquica, así como también en sus relaciones interpersonales, en comparación con su vida anterior (Davidson, 1985; Helzer, 1987; cp. González de Rivera, 2000).

Desde una perspectiva epidemiológica, González de Rivera (2000) considera como factores de origen con mayor incidencia en el TEPT: "la intensidad y severidad del trauma, el nivel de exposición, la frecuencia de situaciones traumáticas y las características cualitativas del acontecimiento o tipo de trauma" (p. 4). Según el autor, ésta última se relaciona por lo general con la patoplastia del síndrome, exceptuando el sufrimiento producido en forma deliberada por otros seres humanos, como es el caso de situaciones de tortura o de violación cuyas víctimas, casi en su totalidad, padecerán trastorno de estrés postraumático.

A continuación se describen tres factores psicológicos que parecen estar relacionados con las características y/o magnitud de la respuesta al estrés postraumático, como son: (a) la variable personalidad o rasgos personales, (b) la depresión, y (c) el locus de control.

1. TIPOS DE REACCIÓN AL ESTRÉS:

La reacción del individuo frente a los estresores internos o externos está en cierto modo determinada por sus características o rasgos personales. A menudo se observa que ante un mismo evento traumático, las personas reaccionan de forma diferente: algunas desarrollan el estrés y otras no, unas son más afectadas que otras, la duración de los síntomas varía entre los afectados y no todos desarrollan los mismos comportamientos de adaptación y/o desadaptación. Se calcula que más de la mitad de una población determinada puede verse afectada por algún evento traumático, de cualquier naturaleza, a lo largo de la vida; pero, sólo entre un 15% y un 20% de los individuos desarrollan el TEPT. Esta cifra confirma la existencia de unos factores de predisposición individual al estrés (Pacanowski, 2002)

La aproximación psicológica para interpretar el TEPT tiene en sí misma una gran relevancia, especialmente para tratar de explicar las distintas reacciones a los eventos traumáticos. La percepción y valoración que hace el individuo de los estresores y de sus efectos están estrechamente relacionadas con variables personales, rasgos, patrones de conducta y estilos de afrontamiento (Payne, 1988).

Al respecto, Price (1982; cp. Slipak, 2005) define los perfiles psicológicos o patrones de conducta como las predisposiciones del individuo, en cuanto a sus actitudes y el modo de afrontar situaciones, condicionados por la escala de valores vigente en una sociedad determinada. Así, estos patrones de conducta estarían conformados por rasgos personales, sentimientos, creencias, conductas y una determinada activación psicofisiológica que, ante situaciones o eventos traumáticos, confluyen para desarrollar determinadas enfermedades físicas y afrontar de manera perniciosa el TEPT y otros trastornos de naturaleza psicológica. El descubrimiento de estos patrones ha abierto las puertas para la investigación, la prevención e intervención terapéutica en el campo de la psicosomática.

En 1959, Friedman y Rosenman (cp. Slipak, 2005) fueron los primeros en identificar cierto patrón de conducta o estilo de reacción frente al estrés o a situaciones no controlables, el cual denominaron "tipo A" y estaría asociado a patologías coronarias. El patrón A corresponde a individuos con un perfil psicológico en el que predomina la hiperactividad, irritabilidad, impulsividad, ambición, agresión, hostilidad, tensión, competitividad, impaciencia tanto hacia dentro del individuo como hacia fuera, relaciones interpersonales conflictivas, problemáticas, con dominancia sobre el otro. Las personas que exhiben este patrón poseen una mayor tendencia a presentar factores de riesgo cardiovascular (activación de catecolaminas, hipertensión, altos niveles de colesterol, obesidad..) y las mismas patologías cardiovasculares.

Más tarde se identificaron otros dos patrones de conducta: (a) el patrón B, y (b) el patrón C. El patrón B incluye personas con un perfil psicológico más sano, parece no estar asociado a ninguna enfermedad en particular, sino que sería un factor de equilibrio entre varias enfermedades en el que predomina la tranquilidad y relajación, lentitud, apertura emocional, espíritu acomodaticio, con menor tendencia al estrés. El patrón C parece estar relacionado con el riesgo de enfermedades neoplásicas (Price, 1982; cp. Slipak, 2005). Este último perfil tiene como características la sumisión a la autoridad, la inhibición emocional, vulnerabilidad a la pérdida afectiva, tendencia a la depresión, perfeccionismo, estoicismo, laboriosidad, cooperación excesiva, conformismo, excesivo sufrimiento y autosacrificio, dependencia emocional y excesiva preocupación por los demás, autoagresión, evitación del conflicto a costa de la propia persona, negación, bajo control de las situaciones externas; su estilo de afrontamiento se caracteriza por ser de escape-evitación y aislamiento. Las personas pertenecientes al tipo C tienen una mayor predisposición, no sólo al cáncer, sino también a otras enfermedades como alergias, infecciones y reuma.

Por otra parte, Kobasa (1984) describió un estilo saludable para el afrontamiento del estrés al cual denominó "personalidad resistente". Este es un factor que actúa como "modulador o reductor del estrés" y está conformado por tres atributos esenciales: (a) el compromiso, el cual se define como una tendencia a implicarse responsablemente en las realidades de la vida; (b) el control que implica ejercer influencia activa y dominio sobre los acontecimientos o eventos que sucedan en el medio; y, (c) el reto que se refiere a asumir los eventos estresantes, incluyendo el cambio y lo que éste implica, como desafíos y no como acontecimientos amenazantes. En este sentido, la persona con un estilo de "personalidad resistente" posee una serie de fortalezas y competencias para afrontar los eventos estresantes y aliviar los síntomas del TEPT que éste le ocasiona.

En lo que respecta a la relación entre los estilos de reacción al estrés y ciertas enfermedades, Labbrozzi, et al. (1996) realizaron un estudio sobre la relación entre variables psicológicas, clínicas y demográficas en una muestra de pacientes con infarto agudo al miocardio (IAM). Los resultados mostraron que más de un tercio de los pacientes puntuaron por encima del promedio para la ansiedad y miedos relacionados con la salud. En relación al estado previo al IAM (3 meses precedentes), el 40% de los pacientes reportó un estado de ánimo depresivo, un disminuido sentimiento de bienestar y más de la mitad reportó haberse sentido estresado. Con respecto a las variables de personalidad, alrededor de un tercio de la muestra exhibió rasgos de conducta tipo A y la mitad obtuvo puntajes significativos en neuroticismo.

Así mismo, Eysenck (1988) ha trabajado con conductas de reacción al estrés en pacientes que padecen alguna enfermedad física, especialmente personas con cáncer y/o con cardiopatías coronarias, en quienes ha evaluado rasgos personales que pudieran estar asociados al estrés. En esta misma línea, Grossarth-Maticek ha investigado la relación entre personalidad y salud. Grossarth-Maticek y Eysenk (1990) unieron esfuerzos y elaboraron, a partir de los resultados de sus investigaciones, un instrumento de evaluación al que denominaron "Personality-Stress Inventory" (PSI), conformado por 182 ítems, el cual les permitió identificar un grupo de patrones de reacción al estrés. Estos patrones están constituidos por rasgos o características que reflejan la tendencia a ciertas enfermedades como el cáncer y la cardiopatía coronaria, así como también a reacciones psicológicas de tipo histérico, psicopático y saludable. Sus trabajos también les permitieron delinear lo que pueden ser los mecanismos y procesos implicados en la terapia. Los autores elaboraron una versión breve del instrumento a la que denominaron "Short Interpersonal Reactions Inventory" (SIRI), en español "Inventario de Reacciones Interpersonales", conformado por 70 ítems, con las mismas propiedades y características psicométricas de la versión original del instrumento.

Grossarth-Maticek y Eysenck (1990), para la descripción y validación inicial del instrumento utilizaron una muestra de 16.000 hombres y 3.000 mujeres. Los resultados obtenidos indicaron que la muestra podía dividirse en seis tipos o patrones que se orientaban selectivamente a distintos tipos de enfermedades, exceptuando el tipo 4 cuya tendencia fue hacia un estado saludable. El inventario se aplicó dos veces con un lapso de seis meses entre ambas medidas. Los datos obtenidos con 1.080 participantes durante el seguimiento de 13 años, demostraron que el instrumento era útil en la predicción de ciertos patrones psicológicos específicos y permitía identificar tendencia al cáncer y a las enfermedades cardiovasculares de tipo coronario.

Grossarth-Maticek y Eysenck (1990) propusieron el modelo descriptivo de rasgos sobre "tipos de reacción al estrés" en un intento por explicar la relación entre factores psicológicos y las respuestas fisiológicas implicadas en el estrés. Inicialmente el modelo se limitaba a explicar las causas del cáncer y de los trastornos coronarios, identificando dos tipos de reacción: tipo 1 (tendencia al cáncer) y tipo 2 (tendencia a enfermedad coronaria). Así mismo, propusieron un tercer tipo (rasgos histéricos) que lo ubicaron entre el tipo 1 y tipo 2 y, un cuarto tipo (de rasgos saludables). Más tarde, estos mismos autores añadieron otros dos tipos: uno emocionalmente orientado (tipo 5) y el otro antisocial (tipo 6). A continuación se describen las características de cada uno de los tipos:

1. Tipo 1: *Predisposición al cáncer.* Las personas con este tipo son altamente dependientes y conformistas, esto último con referencia a personas a las cuales se sienten muy ligadas emocionalmente y a las cuales atribuyen la razón de su felicidad. A la vez que se sienten muy dependientes de las personas que aman, se inhiben en la relación y se les dificulta mantener la intimidad y cercanía con ellas. Sus reacciones ante las situaciones de estrés son de pérdida de control, de indefensión, idealizan los objetos emocionales y reprimen la expresión de sus emociones. La pérdida o ausencia del objeto significante es causa del estrés permanente, aun cuando no establecen con

él una cercanía e intimidad. La dimensión que predomina es la *hipoestimulación.*

2. Tipo 2*: Predisposición a la cardiopatía coronaria.* Estas personas le atribuyen un peso exagerado a las cosas que ocurren, hacen evaluaciones extremas de lo que les perturba y se les dificulta mucho mantener relaciones emocionales estables. Reaccionan al estrés de forma intensa, a través de emociones como la ira y la agresividad, la irritación y un cuadro de excitación general. Con frecuencia evalúan negativamente a las personas, contextos o circunstancias importantes o que emocionalmente significan mucho y las consideran como agentes perturbadores de su vida y el origen de su infelicidad. Este tipo, además de predisponer a la cardiopatía coronaria, también lo hace a los infartos cerebrovasculares. La dimensión que predomina es la *hiperexcitación.*

3. Tipo 3: *Histérico.* Las personas ubicadas en esta categoría alternan sus características entre el tipo 1 y el tipo 2, por lo que este tipo se considera protector tanto del cáncer como de la cardiopatía coronaria. En sus reacciones al estrés pasan con facilidad de la indefensión a la ira, de la desesperanza a la irritabilidad y agresividad. La dimensión que predomina es la *ambivalencia.*

4. Tipo 4: *Tipo saludable, protector de la salud.* Se trata de personas independientes, con gran autonomía y libertad en su comportamiento. Atribuyen a la autonomía personal, y a la del otro, el origen de la felicidad y bienestar. Ante el estrés reaccionan de forma adecuada y realista, aceptando la autonomía del otro; por lo que, exhiben igualmente conductas de acercamiento o alejamiento del objeto que aman, sin sufrir perturbaciones. La dimensión que predomina es la *autonomía personal.*

5. Tipo 5: *Racional-antiemocional.* Estas personas tienen gran dificultad para expresar sus emociones, suelen inhibir, negar o eliminar toda manifestación emocional o afectiva. Sus reacciones al estrés son muy racionales, frías, carentes de toda expresión emocional. Por tanto, en este tipo a menudo se encuentran personas con disposición a la depresión y al cáncer. La dimensión que predomina es lo *racional sobre lo emocional.*

6. Tipo 6: *Antisocial.* Este tipo de personas reacciona al estrés con frialdad y distancia emocional, sus reacciones son calculadoras, de tipo antisocial pudiendo llegar a un comportamiento criminal. Tienen predisposición al consumo de drogas. La dimensión que predomina es de naturaleza *psicopática.*

En sus investigaciones, Grossarth-Maticek y Eysenck (1990) han encontrado que los tipos 3, 4 y 6 pueden ser, en términos psicosomáticos, individuos relativamente sanos, especialmente el tipo 4 que es descrito como el tipo esencialmente saludable. No así los tipos 1, 2 y 5 los cuales se muestran no saludables. Estos autores al describir las características más resaltantes del instrumento elaborado por ellos para evaluar los tipos de reacción al estrés (SIRI), encontraron que al administrar el inventario dos veces con un intervalo de seis meses, algunos pacientes sufrían una suerte de "estancamiento", obteniendo en la segunda aplicación los mismos puntajes obtenidos en la primera que los definían con tendencia hacia una enfermedad y/o trastorno; incluso en algunos pacientes los puntajes se incrementaban, lo cual se traducía en un pronóstico negativo. Esto lo observaron en los tipos 1, 2, y 5, por lo que estos grupos fueron considerados "no saludables". A diferencia de estos resultados, otros pacientes en la segunda aplicación disminuyeron los puntajes que los definían como con tendencia a una enfermedad determinada, lo cual reflejaba un buen pronóstico, observándose en ellos un cambio favorables hacia el "*desarrollo en una dirección positiva*". Este cambio lo observaron en los tipos 3, 4, y 6, los cuales fueron considerados como "saludables"

Los autores del modelo han hecho aportes empíricos significativos, especialmente a partir de la propuesta original, a través de estudios longitudinales que muestran cómo la teoría predice una relación entre los tipos 1 ó 2 y la ocurrencia de muerte por cáncer o cardiopatía coronaria (Eysenck, 1988). Para relacionar el tipo 1 y la muerte por cáncer, estos investigadores hicieron un diagnóstico de tipo 1 y de tipo 2 en una muestra de más de 1000 personas y les hicieron un seguimiento durante 13 años. Al término de este período encontraron que entre las personas tipo 1 había un 18% aproximado de muertes por cáncer y de un 2% de muerte por cardiopatía coronaria o ictus cerebral. A diferencia de esto, entre las personas tipo 2 que murieron encontraron un 6% aproximado de muertes por cáncer y un 14% por cardiopatías coronarias.

Las diferencias en muertes por cáncer y cardiopatía coronaria en función del tipo 1 o 2, se acentúan cuando las personas han estado sometidas a estrés; es decir, cuando interactúan los tipos de reacción al estrés y la situación de estrés. Resultados como los que reporta Eysenck (1988) apoyan la explicación del modelo: (a) de las personas estresadas de tipo 1 murieron por cáncer un 38% aproximado, y sólo un 7% por alguna cardiopatía coronaria; (b) de las personas estresadas categorizadas como tipo 2 sólo el 2.3% murió de cáncer y un 28% murió de cardiopatía coronaria. Se observa que si bien el estrés y los tipos no saludables (1 ó 2) se pueden relacionar independientemente con la enfermedad, esta relación se incrementa cuando confluye el estrés y el tipo 1 ó 2.

Por otra parte, Sandin, et al. (1992) habiendo adaptado el SIRI al español y utilizando la versión corta del instrumento, encontraron algunas relaciones entre los seis tipos de reacción al estrés y variables como alexitimia, neuroticismo y estrategias de afrontamiento del estrés. Concretamente hallaron que todos los tipos, excepto el 5, se relacionaban positivamente con el neuroticismo. Los tipos 4 y 5 se relacionaban con afrontamiento centrado en la tarea, y los tipos 1, 2, 3 y 6 se relacionaban positivamente con afrontamiento centrado en las emociones.

Estos mismos investigadores estudiaron la relación entre estos tipos y las condiciones de salud en estudiantes universitarios, relación que fue evaluada según la sintomatología somática (en los sistemas inmunológico, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, neurológico-sensorial, piel, músculo-esquelético y genitourinario) y la presencia de enfermedades con diagnóstico médico. Constataron alta correlación entre los tipos 1 y 2, especialmente entre este último y las dimensiones de sintomatología somática. Las enfermedades del sistema inmunológico se presentaron especialmente en las personas categorizadas en el tipo 1.

Profundizando en esta área y en lo que respecta a la intervención, Eysenck y Grossarth-Maticek (1991) describieron seis estudios longitudinales que realizaron desde 1972 hasta 1989 con el propósito de implementar un sistema de intervención que ellos denominaron "Terapia Conductual de Innovación Creativa" (Creative Novation Behavior Therapy) (CNBT), para prevenir el desarrollo del cáncer y de enfermedades coronarias en individuos sanos con diagnóstico de estrés y con tendencia a estas enfermedades, y también con la finalidad de extender los beneficios de la terapia a personas con cáncer en etapa terminal y pacientes con trastornos cardiovasculares, y contrarrestar, a través de la terapia, las manifestaciones psicológicas de los tipos 1 y 2 en estos pacientes.

La terapia conductual de innovación creativa es un sistema en el que se combina la investigación a largo plazo con la terapia de intervención breve, la cual consiste en aplicar técnicas conductuales y estrategias de intervención variadas, tales como: desensibilización, inundación, modelamiento, entrenamiento de destrezas interpersonales, enseñanza de mecanismos de afrontamiento, biblioterapia, hipnosis y relajación, en las que se destaca la importancia del vínculo terapéutico y la autonomía del participante.

En la mayoría de los estudios, los autores utilizaron un diseño pretest-postest, con grupos experimentales (con terapia) y grupos control (sin terapia), y con muestras apareadas en aquellos factores considerados de alto riesgo (consumo de cigarrillos, colesterol, presión arterial, azúcar en la sangre, estrés, tipo de reacción al estrés o personalidad, edad y sexo).

El primer estudio fue realizado entre 1972 y 1974 en Heidelberg, Alemania. La muestra estuvo conformada por 192 pacientes con diagnóstico de estrés severo, de los cuales 100 habían sido previamente clasificados en el tipo 1 (tendencia al cáncer) y 92 en el tipo 2 (tendencia a enfermedades cardiovasculares, específicamente de coronarias). Ninguno de los participantes tenía cáncer o problemas cardiovasculares. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a uno de dos grupos: (a) experimental (con terapia individual y terapia de grupo a largo plazo), y (b) control (sin terapia); y, apareados en cuanto al nivel de estrés, edad, sexo, consumo de cigarrillos, presión arterial y azúcar en la sangre, y colesterol.

Los resultados obtenidos con el grupo del tipo 1 mostraron que la terapia fue eficaz provocando una mejoría en las respuestas dadas al Inventario, al comparar las medidas antes y después del tratamiento (pretest: 9.78±0.76; postest: 5.7±2.21). A diferencia de esto, en el grupo control del mismo tipo 1, no hubo cambios significativos en sus respuestas al Inventario, al comparar las medidas antes y después del tratamiento (pretest: 9.84±0.47; postest: 9.76±0.92). Los resultados obtenidos con el grupo del tipo 2 fueron similares: hubo un mejoramiento de las respuestas al inventario en el grupo que recibió la terapia (pretest: 8.96±1.19; postest: 4.87±3.04), pero no hubo un cambio significativo en las respuestas del grupo control (pretest: 9.17±1.00; postest: 9.97±1.28). Así mismo, hubo una mejora significativa de los síntomas del estrés en el grupo que recibió la terapia (pretest: 8.96±1.19; postest: 4.87±3.04). Si bien en ambos grupos hubo una mejoría en los factores de riesgo (síntomas de

estrés, colesterol, nivel de azúcar en la sangre y presión arterial), esta mejoría fue significativamente mayor en los grupos que recibieron la terapia.

Durante 13 años se le hizo seguimiento a los grupos experimental y control del tipo 1. De acuerdo a los investigadores, la terapia conductual de innovación creativa actuó previniendo la muerte de los individuos: de los 50 que recibieron la terapia, 13 adquirieron cáncer pero ninguno murió, en comparación con los 50 del grupo control, de los cuales 21 sufrieron de cáncer, muriendo 16 por esta causa y cinco por otras causas.

El impacto de la terapia conductual de innovación creativa en la prevención de la muerte de personas con trastornos de estrés también se constató en el segundo estudio, en el que Eysenck y Grossarth-Maticek (1991), después de siete años (1974-1981) de seguimiento, hallaron que sólo el 7.5% de las personas que habían recibido la terapia murieron de cáncer, mientras que el 47.4% de los participantes que no recibieron la terapia, murieron por esta enfermedad. Para la fecha de publicación del estudio, el 79.9% de los participantes del grupo tratado permanecía con vida, en comparación con sólo 23.9% de las personas del grupo control.

De los pacientes con trastornos coronarios, sólo el 4.2% de los que recibieron la terapia murieron a causa de esta enfermedad, en comparación con un 15.4% del grupo control que también murió por la misma causa.

Otra terapia que también parece tener un efecto profiláctico en la reducción de la mortalidad por causa del cáncer y enfermedades coronarias es la biblioterapia. Este método consiste en la adquisición, por parte de los participantes, de conocimientos y prácticas terapéuticas a través de la lectura de temas específicos orientados por el terapeuta. El impacto de este tipo de terapia fue puesto a prueba por Eysenk y Grossarth-Maticek (1991) en su tercer estudio, en el que trabajaron con aprendizaje sobre la prevención del cáncer y de

enfermedades cardiovasculares. Para este estudio los autores emplearon una muestra de 1100 personas de tipo 1 y 2, 600 en el grupo experimental y 500 en el grupo control. Un grupo adicional de 100 personas con las mismas características de los dos grupos anteriores fue elegido para recibir un tratamiento placebo, el cual consistió en recibir una declaración por escrito y una discusión posterior de la misma con entrevistadores, de forma similar al grupo con tratamiento; además, recibieron una explicación de contenido psicoanalítico y de tipo sugestivo, que tenían como propiedad no activar procesos como los que se pretendían con el grupo que recibió la terapia.

Después de 13 años de seguimiento, los resultados mostraron que hubo 27 muertes por cáncer y 47 por enfermedad de las coronarias en el grupo que recibió la terapia, comparado con 128 muertes por cáncer y 176 por coronarias; en el grupo que no la recibió. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control (sin terapia) y el grupo placebo.

De acuerdo a las conclusiones que sobre este estudio tienen sus autores, este tipo de terapia, no sólo tiene un valor profiláctico, sino también es capaz de producir, entre aquellas personas que tienen una tendencia al tipo 1 y al tipo 2, una reducción significativa de la mortalidad por causa del cáncer o enfermedades coronarias.

En lo que respecta al efecto de la terapia conductual de innovación creativa en pacientes con cáncer terminal, Eysenk y Grossarth-Maticek (1991) hallaron en su quinto estudio que el tiempo de sobrevivencia de los 24 pacientes del grupo que recibió la terapia fue de cinco años, siete meses, en promedio; mientras que, el tiempo de sobrevivencia de los del grupo control fue de tres años, nueve meses. Según los autores, estos resultados muestran que la terapia conductual de innovación creativa puede ayudar a prolongar la vida de los pacientes con cáncer terminal.

En su sexto estudio los investigadores se plantearon dos objetivos: (a) evaluar el impacto conjunto de la terapia conductual y la quimioterapia en personas con diagnóstico de cáncer no operable; y, (b) descubrir si la terapia conductual podía cambiar la cantidad de linfocitos producidos y de esta forma mejorar el funcionamiento del sistema inmunológico.

La muestra estuvo conformada por 100 mujeres con carcinoma mamario y metástasis visceral, para quienes se tenía previsto la aplicación de quimioterapia. Las 50 mujeres que aceptaron la quimioterapia fueron divididas en dos grupos, apareados por edad, nivel socioeconómico, grado del cáncer y tratamiento médico, y asignadas al azar a dos condiciones, con terapia y sin terapia. Así mismo, las 50 que rechazaron la quimioterapia fueron dividas en dos grupos apareados por las mismas variables ya mencionadas, con terapia y sin terapia. De las 50 que recibieron la terapia, 24 recibieron terapia conductual de innovación creativa (como en los estudios descritos anteriormente), 12 recibieron terapia profunda y 14 recibieron terapia conductual tradicional (relajación y desensibilización).

Los resultados obtenidos indicaron que el tiempo medio de sobrevivencia de las 100 pacientes fue de 15. 7 meses, en un rango que iba desde 11.28 para aquellas que no recibieron ni quimioterapia ni terapia, a 14.08 meses para las que sólo recibieron quimioterapia, a 14.9 meses para las que recibieron sólo terapia, y a 22.4 meses para las que recibieron tanto quimioterapia como psicoterapia.

Tal y como se puede observar la quimioterapia sola incrementó la media de sobrevivencia en 2.80 meses, y la psicoterapia sola incrementó la media en 3.64 meses. Teóricamente, añadiendo a los efectos de la quimioterapia los de la psicoterapia el promedio de sobrevivencia debía haberse incrementado de 6.44 a 17.72 meses; pero, los resultados mostraron un incremento mayor de 22.4 meses de supervivencia para quienes recibieron conjuntamente quimioterapia y

psicoterapia. Esto sugiere una "interacción sinergética" entre la quimioterapia y la terapia.

En cuanto al funcionamiento del sistema inmunológico, se halló que la cuenta de los linfocitos de las personas que recibieron la terapia continuó aumentando con el tiempo; mientras que, las personas que no recibieron la terapia mostraron una disminución en su nivel de linfocitos, sugiriendo que la intervención de la terapia de innovación creativa podría haber tenido también su efecto en el sistema inmunológico.

Por último, se encontró que las tres formas de terapia no fueron equivalentes en sus efectos. La terapia conductual de innovación creativa resultó significativamente más efectiva en cuanto al tiempo de sobrevivencia (Media=23.54) que la terapia conductual tradicional (Media= 15.29) y que la terapia profunda (Media= 12.83).

En el contexto de sus estudios longitudinales, Eysenck y Grossarth-Maticek (1991) también reportaron una investigación sobre los efectos de la terapia freudiana como medida profiláctica del cáncer y de la enfermedad coronaria, en individuos que no tenían diagnóstico de enfermedad física alguna, pero que sufrían de estrés crónico.

Los participantes fueron apareados en términos de estrés, edad, sexo, consumo de cigarrillos y tipo de personalidad o reacción al estrés. En este último caso, fueron clasificados en los tipos de personalidad 1, 2, 3, 4 y divididos en dos grupos: (a) los que había recibido terapia psicoanalítica y la habían dejado, y (b) los que aún continuaban recibiéndola en el momento del estudio. También trabajaron con dos grupos control, apareados similarmente a los dos anteriores, que no recibían, ni habían recibido terapia psicoanalítica. Un grupo control adicional fue introducido y apareado en términos de edad, sexo, consumo de cigarrillo y estrés, dejando fuera la variable tipo de personalidad. Después de

nueve años de seguimiento, los investigadores reportan sus resultados, los cuales desfavorecen a la intervención psicoanalítica.

El grupo en el que se observó el menor número de muertes por cáncer (ninguno) y por coronaria (1) fue el tipo 4 saludable, por lo que este grupo no fue considerado para los siguientes análisis. El porcentaje de sobrevivencia de los tipos 1, 2, y 3 fue del 84% de los que habían dejado la terapia psicoanalítica dos años antes. Este porcentaje fue de 74, 70 y 78% respectivamente, de los que continuaban recibiendo la terapia. Para el grupo control 1, el porcentaje de sobrevivencia fue de 96, 94 y 95%. Para el control 2 fue de 97, 89 y 95%. Y para el grupo control 3 fue de 95, 96 y 96%. Como se puede observar, los grupos favorecidos fueron los que no recibieron tratamiento psicoanalítico; y el grupo más desfavorecido fue el que recibió la terapia psicoanalítica.

La explicación que dan los autores a la desventaja de pacientes que recibían la terapia psicoanalítica, es que posiblemente, los participantes que recibían esta terapia estuvieran sufriendo de algún tipo de neurosis que los hiciera más vulnerables o susceptibles al cáncer y a los trastornos coronarios. Según ellos, trataron de evitar esta posibilidad al aparear a los/as participantes en términos de consumo de cigarrillos (conducta considerada como de tipo ansiosa) y de tipo de personalidad; sin embargo, admiten que podría deberse a un problema de contaminación del estudio, acerca del cual no dan mayores explicaciones. Además, los autores advierten que el estrés es un factor poderoso en el desarrollo de cáncer y/o de trastornos cardiovasculares y que el sometimiento a una terapia como el psicoanálisis impone al paciente una tensión mayor que cualquier otra terapia, aunque finalmente resuelva el estado de tensión que ella supone.

De las explicaciones y conclusiones de los autores se puede inferir que ellos no están muy convencidos de que la terapia psicoanalítica sea la más adecuada en este tipo de pacientes, como tampoco el abordaje puramente psiquiátrico, tal

como lo han señalado los resultados de otros estudios realizados por Eysenk (1985; cp. Eysenck y Grossarth-Maticek, 1991). Indudablemente, en estos investigadores, la comprensión y conducción del proceso de investigación y del abordaje psicoterapéutico estuvieron influenciados por sus convicciones teóricas, que se fundamentan especialmente en el enfoque cognitivo conductual, aunque para ellos el vínculo terapéutico en el desarrollo de sus investigaciones estuvo muy orientado por el enfoque humanista.

A partir de lo anteriormente expuesto, se puede concluir que los tipos de personalidad o de reacción al estrés descritos por estos autores, tienen un aceptable valor predictivo en los grupos de personas bajo situaciones de estrés, en comparación con aquellas que no lo padecen. Sin embargo, los investigadores reconocen que las personas que padecen cáncer o enfermedades coronarias están sometidas a otras condiciones psíquicas y/o físicas que pueden ser también causa de estas enfermedades. Una de esas condiciones es, sin duda, la depresión, trastorno afectivo al que se le ha considerado como un factor de comorbilidad en el estrés postraumático.

2. DEPRESIÓN Y ESTRÉS

La depresión es en la actualidad un trastorno mental extendido en la población. Ya en 1975 Seligman la describía como la "gripe común" de la psicopatología por ser muy familiar y frecuente, y a la vez muy "misteriosa". Burns (1981) señala que la gran diferencia entre una depresión y una gripe es que la primera puede matar a cualquiera, y así lo indican los altos índices de suicidio registrados en años recientes porque sus causas pueden ser múltiples, inaccesibles o desconocidas y porque, aunque existen muchas explicaciones teóricas acerca de la depresión, no hay una teoría única y menos una terapia única que la aborde.

Así como es común experimentar momentos de ansiedad o de angustia en el curso de la vida, también las personas experimentan con frecuencia tristeza o estados depresivos. Estimaciones realizadas por un grupo de investigadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que el 3% de la población mundial sufre de depresión y aproximadamente un 12% de la población de adultos ha tenido al menos un episodio de depresión lo suficientemente serio como para buscar ayuda profesional (Kielholz, 1983).

En el DSM-IV (APA, 1994) se clasifica la depresión dentro del grupo de los trastornos de estado de ánimo, cuya característica fundamental de diagnóstico es la presencia de uno o más episodios de depresión, sin historia de episodios maníacos o hipomaníacos; se le conoce también con el nombre de depresión mayor. Los criterios diagnósticos se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. *Criterios diagnósticos de Depresión del DSM-IV* (Tomado de APA, 1994)

A. El diagnóstico de los trastornos de depresión mayor (MDD), se hace si cinco o más de los siguientes síntomas han estado presentes durante un mismo periodo de dos semanas y representan un cambio en el funcionamiento de la conducta previa y, al menos, uno de los síntomas siguientes: 1) estado de ánimo deprimido ó 2) pérdida de interés o de capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen síntomas que son claramente debido a una condición médica general o estados de ánimo incongruentes con ilusiones o alucinaciones

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, como lo indica cualquier reporte subjetivo (Ej.: se siente triste o vacío) o cualquier observación hecha por otros (Ej. aparecen las lágrimas). Nota: en los niños y adolescentes puede ser un estado de ánimo irritable.
2. Marcada disminución del interés en todas o la mayoría de las actividades de cada día (como lo indican los reportes subjetivos de la persona o de la observación de otros.)

3. Pérdida o ganancia significativa de peso (Ej.: un cambio de más de 5% del peso del cuerpo en un mes); disminución o incremento del apetito cada día. Nota: En niños, no hay expectativas de que ganen peso.
4. Insomnio o hiperinsomnio casi todos los días.
5. Agitación o lentitud psicomotora (observable por otros, y no meramente por los sentimientos subjetivos de no haber descansado o de estar de bajo ánimo).
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
7. Sentimientos de ser lo peor o sentimientos excesivos e inapropiados de culpa (los cuales pueden ser de desilusión), casi todos los días; (no son meros reproches o culpas de tener una enfermedad)
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse; indecisión, casi todos los días (por reportes subjetivos o por observaciones de otros).
9. Recurrentes pensamientos de muerte (miedo de morir), recurrentes ideas de suicidio sin un plan específico, o recurrentes intentos o un plan específico de suicidio.

B. Los síntomas no se encuentran en ninguno de los criterios del episodio mixto.

C. Los síntomas clínicamente causan un estrés significativo e incapacidad social, laboral y en otras áreas de funcionamiento.

D. Los síntomas no son debido a efectos fisiológicos directos de una sustancia (Ej.: abuso de drogas, una medicación...) o a condición médica general (ej.: hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se cuentan por un duelo, Ej.: después de la pérdida de un ser querido, a menos que los síntomas persistan por más de dos (02) meses o produzcan inhabilidad para funcionar, preocupación mórbida con empeoramiento, ideas de suicidio, síntomas psicóticos o enletecimiento psicomotor.

Una forma de depresión es la distimia, que tiene mucho en común con la depresión mayor pero se diferencia de ésta por una menor intensidad de sus síntomas y un menor grado de incapacidad en las personas que la padecen. Echeburúa y De Corral (1995), basándose en los criterios del DSM IV, describen

la distimia o neurosis depresiva como una alteración permanente del estado de ánimo, caracterizado fundamentalmente por un estado de ánimo deprimido que dura la mayor parte del día durante dos años como mínimo. Este síntoma principal está acompañado de otros asociados como son: (a) trastornos en el apetito (poco o exagerado apetito); (b) trastornos del sueño (insomnio o hiperinsomnia); (c) pérdida de energía (fatigabilidad); (d) baja autoestima; (e) dificultades para la concentración y la toma de decisiones; y, (f) sentimientos de desesperanza.

El diagnóstico diferencial entre depresión mayor y distimia o neurosis depresiva resulta difícil de establecer puesto que ambos cuadros comparten una sintomatología muy parecida. Los criterios de diferenciación son duración e intensidad de los síntomas y grado de incapacidad en los pacientes. Estas son las razones por las que Beck (1979) prefiere definir la depresión en términos de intensidad y no de cualidad del cuadro depresivo. Para que la distimia o neurosis depresiva sea diagnosticada como tal no debe preexistir otro trastorno psiquiátrico o de naturaleza orgánica o bioquímica (por ejemplo, que el paciente esté bajo la administración prolongada de un medicamento que produzca síntomas similares).

Para efectos de este trabajo no fue posible diferenciar entre participantes con diagnóstico de depresión mayor y participantes con diagnóstico de distimia, ya que la prueba utilizada (Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos) no permite un diagnóstico diferencial entre ambos trastornos. Lo importante es identificar la presencia de trastornos depresivos, que en este caso se acuñan en el término "depresión".

Cuando la persona sufre de depresión hay un cambio en sus emociones, en sus sensaciones corporales, en las funciones de su cuerpo; como se indicó anteriormente, hay cambios en el apetito, en el sueño, en el funcionamiento psicomotor, en la energía de su cuerpo, en el apetito sexual; aparecen con

frecuencia trastornos físicos como dolores de cabeza, trastornos estomacales, respiratorios, fatiga y enfermedades físicas más serias. En conclusión, los cambios afectan el estado general de la salud del individuo.

Las teorías que explican la depresión se ubican tanto en el terreno fisiológico como en el psicológico y social. Las teorías fisiológicas acerca de la depresión tienen su fundamentación empírica especialmente en el dato genético y en la bioquímica. La investigación sobre factores genéticos ha usado frecuentemente los estudios de familia y de gemelos univitelinos (Davison y Neale, 1982).

Dentro del campo de la bioquímica, Orange, et al. (1974; cp. Davison y Neale, 1982) proponen dos teorías que relacionan la depresión con neurotrasmisores: Una de ellas sugiere que los trastornos depresivos resultan de bajos niveles de norepinefrina y que problemas de no balance de este neurotrasmisor determinan la dirección de los desórdenes bipolares. La otra teoría propuesta por estos autores es la de la serotonina, según la cual bajos niveles de la misma pueden ser un factor de predisposición para los trastornos del estado de ánimo en general.

Para Davison y Neale (1982), si bien los hallazgos en las investigaciones genéticas y bioquímicas dan cierto soporte a la tesis de las causas fisiológicas de los trastornos de estado de ánimo, ello no significa que las bases psicológicas de los mismos sean negadas, más bien se trata de investigar cómo interactúan los factores fisiológicos y psicológicos en el origen y desarrollo de los trastornos depresivos.

Las teorías psicológicas sobre depresión surgen especialmente de las formulaciones del psicoanálisis, de la psicología cognitiva y de las del aprendizaje. Hay otros enfoques teóricos dentro de la Psicología tales como el existencial, concretamente la logoterapia, así como el enfoque humanista y el de algunas terapias integrativas. La consideración de todas estas aproximaciones

teóricas es necesaria para una comprensión ecléctica del trastorno y especialmente de ayuda para el abordaje psicoterapéutico, lo cual tiene una especial importancia y significación en el desarrollo del tema y de la investigación práctica del presente estudio.

La formulación psicoanalítica inicial sobre los trastornos depresivos fue expuesta por Freud (1917; cp. Polaino-Lorente y Buceta, 1984), en su célebre artículo "Duelo y Melancolía". En este papel de trabajo, Freud definió a la melancolía como un estado de ánimo doloroso, pérdida del interés por las cosas del mundo y del amor por los demás, inhibición de funciones y pérdida del amor propio que se manifiesta en la autocrítica y la autoculpa. El duelo tiene estas mismas manifestaciones, a excepción de la disminución del amor propio, y surge de la experiencia de pérdida. La depresión es una especie de duelo en la que se destaca la pérdida de un objeto amado; esta experiencia de pérdida se convierte en rechazo y rabia hacia la persona perdida, lo cual no es conscientemente permitido por lo que el individuo revierte estos sentimientos de rechazo hacia sí mismo y esto genera la depresión.

Desde la perspectiva de la psicología cognitiva, varios investigadores y terapeutas (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Beck, 1979; Ellis y Grieger, 1990; Seligman, 1975) han desarrollado modelos para abordar la depresión, los cuales se apoyan en el presupuesto de que los trastornos depresivos son consecuencia de una distorsión del pensamiento por la instalación de estructuras cognitivas equivocadas o erróneas.

Dentro de esta línea, Beck (1979) propone una de las teorías contemporáneas más importantes sobre la depresión con base en los procesos del pensamiento. Para él, la depresión tiene su origen en errores lógicos del pensamiento que denomina "Schemata" o esquema característico de pensamiento distorsionado. En el ejercicio de la terapia ha encontrado que sus pacientes tienden a

interpretar lo que les sucede en términos de una excesiva autoculpa y desprecio de sí mismos o evaluación negativa.

Para este autor, los errores lógicos más frecuentes que cometen los pacientes depresivos al interpretar la realidad son: (a) la inferencia arbitraria (conclusión sin evidencia suficiente); (b) abstracción selectiva (conclusión sobre la base de un solo dato a pesar de que existen otros muchos); (c) sobregeneralización (conclusión sobre la base de un detalle, que es frecuentemente trivial); (d) magnificación y minimización (evaluación de la información exagerando o subestimando su significado); y, (e) personalización (subjetivación de los eventos e interpretación de los mismos como reales, sin base alguna). Estos errores cognitivos determinan los sentimientos y sus manifestaciones. Así, un esquema de autoculpa, pérdida o pesimismo, activa las estructuras afectivas correspondientes.

Ellis y Grieger (1990) sostienen que los sentimientos y conductas desadaptativas en el individuo son causadas por tres creencias irracionales acerca del universo y de sí mismo: (a) tener éxito en las cosas importantes de la vida y ganar la aprobación de los referentes significantes, lo cual si no es obtenido, hace que el sujeto se perciba inútil, inservible; (b) derecho a un trato bondadoso, justo y considerado por parte de los otros, si éste es negado, el sujeto se valora insignificante; y, (c) derecho a condiciones fáciles de vida y a la posesión de todas las cosas que demande, si no son satisfechas sus exigencias, el sujeto evalúa negativamente el mundo que le rodea. La primera y tercera creencia son características del sujeto deprimido e igualmente son en su esencia autodestructivas e irracionales.

Por su parte, Seligman (1975) propone el modelo de la "Indefensión Aprendida" (IA), elaborado a partir de sus investigaciones con animales para interpretar los trastornos de depresión en el humano (especialmente, la depresión reactiva). El concepto de IA se entiende como "desvalimiento",

conciencia de pérdida de control sobre los eventos amenazantes del medio. El individuo expuesto a acontecimientos incontrolables percibe la no contingencia entre sus respuestas y las consecuencias de las mismas. La persona con trastornos depresivos aprende, a través de experiencias repetidas de fracaso, que sus respuestas no tienen efecto en la modificación de las condiciones del medio que le son adversas, lo cual inhibe el aprendizaje posterior de las respuestas realmente efectivas.

En las últimas décadas el modelo de la Indefensión Aprendida y sus reformulaciones realizadas por Abramson, Seligman y Teasdale (1978) han dado lugar a numerosas investigaciones dentro de la teoría cognitiva de la atribución causal sobre la depresión (Heimberg, 1989).

En lo que respecta a los teóricos del aprendizaje, la depresión está relacionada con la reducción de la actividad como efecto del retiro de un reforzamiento habitual. Davison y Neale (1982) asocian esta tesis con la teoría de Freud sobre la experiencia de pérdida, aunque los campos definitivamente son diferentes y, por supuesto, no parten de los procesos inconscientes del duelo, sino de los conceptos de reducción del reforzamiento y de la actividad. A este respecto Davison y Neale se basan especialmente en los estudios realizados por Eastman (1976), Lewinsohn (1974), y Ullmann y Krasner (1975), sobre el monto del reforzamiento relacionado con la aparición de síntomas asociados al síndrome clínico de la depresión.

Por su parte, Frankl (1967; 1988) considera la depresión dentro de un enfoque existencialista, concibiéndola como experiencia de pérdida de significado de la vida, lo cual tiene como efecto la rendición ante la muerte. En 1959, en su famoso artículo "Del Campo de la Muerte al Existencialismo", el autor sentó las bases de una teoría sobre la depresión fundamentada en procesos de la vida espiritual. Las experiencias del dolor, humillación y terror padecidas por él y por los suyos en los campos de concentración nazi durante la

II Guerra Mundial le permitieron descubrir la raíz del sentido de la vida. Él atribuyó su sobrevivencia, dentro de aquel escenario del absurdo y de la muerte, al significado que le dio al sufrimiento y el lugar de éste en su vida espiritual, en un acto de profunda libertad interior y de responsabilidad personal. Para el autor, la libertad procede del espíritu, lo que permite trascender las circunstancias por muy adversas que sean, y esta misma libertad es lo que permite que el hombre se responsabilice por su propia vida. Por tanto, toda persona tiene la responsabilidad de hallarle significado a la vida, aún cuando la evidencia alrededor sea la muerte.

A pesar de las diferencias en las distintas teorías psicológicas, en ellas se destacan síntomas y características comunes de los trastornos depresivos, entre los que destacan: la pérdida de significado y de interés por la vida, tristeza o melancolía, sufrimiento y pérdida de control sobre el medio, actitud de indefensión, abatimiento, pérdida de energía, ausencia de vías de superación, un patrón de pensamiento de autoderrota, ideas de suicidio, y un reforzamiento sistemático de los síntomas.

La depresión puede afectar a cualquier persona, sin distinguir edad, grupo étnico, status socioeconómico y género. No obstante, la mayoría de los estudios realizados por el Nacional Institute of Mental Health (NIMH, 2003) han mostrado que la depresión es más común en las mujeres que en los hombres; aproximadamente el 12 % de la población norteamericana femenina anualmente sufre del trastorno, en comparación con un 7% de la población masculina. Según el NIMH (2003), estos datos tienen su explicación en la confluencia de varios factores.

Por una parte, en el caso de la mujer, la misma está afectada por factores hormonales (síndrome premenstrual, el embarazo, la premenopausia y menopausia), el multiempleo y el desempeño simultáneo de varios roles (responsabilidades en el hogar, en el trabajo, su rol de cuidadora de los hijos, de

esposa, compromisos sociales de la familia, ante la escuela, la iglesia, la comunidad...). En el caso del hombre, es menos probable de que éste sea diagnosticado como depresivo porque se muestra más resistente a acudir a la consulta y a admitir que está deprimido; sin embargo, la tasa de suicidio en el hombre es cuatro veces mayor que en la mujer. Igual sucede con la tasa de muertes por enfermedades coronarias, asociadas a la depresión. En el caso del hombre, el abuso de alcohol y drogas, y el trabajo en exceso son situaciones que pueden enmascarar una depresión. Así mismo, se ha encontrado que las manifestaciones de ira, irritabilidad y agresión están asociadas a la depresión en el hombre (Breslau, Davis, Andreski, y Peterson, 1991).

Por otra parte, la cultura también contribuye a estas diferencias en cuanto a la depresión entre hombres y mujeres, ya que culturalmente se promueven en uno y otro sexo actitudes diferentes frente al sufrimiento: en la mujer, la indefensión, la debilidad, la dependencia y la abnegación son frecuentemente reforzadas; en cambio el hombre frente al sufrimiento debe mostrar fortaleza y valentía. Por ejemplo, en nuestra cultura occidental no es bien visto que el hombre exprese abiertamente sus emociones de tristeza y sufrimiento, de ahí que cada vez que el hombre está frente a un hecho doloroso, actualice esa grabación parental que todos llevan por dentro... "el hombre no llora", conducta ésta altamente inhibidora del desahogo, de la catarsis emocional y de la integración emocional de los eventos traumáticos y, por supuesto, muy dañina para la salud. En cambio, el llanto en la mujer no sólo es aceptado culturalmente, sino que es estimulado y reforzado como un rasgo femenino. En este sentido, la expresión emocional del sufrimiento favorece altamente a la mujer porque le permite integrarlo más adecuadamente que al hombre.

Frecuentemente la depresión aparece asociada a otros problemas o trastornos psicológicos o de salud física, o en condiciones de privación social. Cuando preexiste otra enfermedad psiquiátrica con un grupo de síntomas depresivos dentro de su cuadro, a este conjunto se le considera como depresión

secundaria; la depresión sería, en este caso, un síntoma de esa otra enfermedad.

EL TEPT tiene una elevada comorbilidad con varios cuadros clínicos, especialmente con los de trastornos depresivos (Echeburúa y De Corral, 1995). De hecho, Keane y Wolfe (1990) en sus estudios clínicos y comunitarios realizados sobre la comorbilidad en el TEPT, hallaron que este trastorno comparte síntomas comunes y propios de la depresión, entre éstos últimos se encuentran: la pérdida de interés o participación en actividades significativas, la sensación de acortamiento del futuro, la evitación de personas o situaciones asociadas al trauma, y las alteraciones del sueño. Según estos autores, desde esta perspectiva, "se puede reconceptualizar el TEPT como una variante de la depresión" (Keane y Wolfe, 1990; p. 179).

En este sentido, Shalev, et al. (1998) realizaron un estudio prospectivo sobre TEPT y depresión en un grupo de 211 pacientes de emergencia en un hospital general que habían sufrido un evento traumático (se excluyeron a pacientes quemados, con heridas graves en la cabeza, bajo abuso de alcohol y/o consumo de drogas, con psicosis y con enfermedades terminales). A estos pacientes se les aplicaron varios instrumentos de evaluación (Entrevista Clínica Estructurada del DSM-III-R; La Escala Clínica Administrada del TEPT), a la semana, al mes y a los cuatro meses de haber ocurrido el evento traumático. Los resultados evidenciaron que los pacientes que tuvieron la mayor severidad tanto en depresión como en TEPT en la primera semana después del evento, tardaron más en recuperarse en ambos cuadros, y la proporción de recuperación en depresión fue similar a la del TEPT. Además, se halló la depresión como un elemento comórbido en el 44.5% de los pacientes con diagnóstico de TEPT al mes de ocurrido el evento, y en el 43.2% de los pacientes a los cuatro meses. Esta comorbilidad estuvo mayormente asociada a la severidad de los síntomas, y en grado menor a los niveles de funcionamiento.

Algunos autores como Breslau, Davis, Peterson y Schultz (2000) se han ocupado de determinar el grado de relación entre ambos cuadros clínicos. Estos investigadores se preguntaron si los eventos traumáticos incrementaban el riesgo de depresión mayor, independientemente de sus efectos sobre el TEPT. Para ello, utilizaron los datos de un estudio epidemiológico previamente realizado con 1007 jóvenes adultos del sureste de Michigan. Los datos fueron usados prospectiva y retrospectivamente para estimar el riesgo de depresión mayor en pacientes con TEPT y en personas expuestas a trauma sin TEPT, comparadas con aquellas que no tenían experiencias de traumas. Adicionalmente los datos fueron empleados para evaluar la influencia del tipo de trauma.

Los resultados obtenidos en los datos retrospectivos pusieron de manifiesto que, la proporción de riesgo de una primera crisis de depresión mayor en personas expuestas a trauma con TEPT era de 2.8%; mientras que, en personas expuestas a trauma sin TEPT era de 1.3%. Esta última proporción no fue significativamente distinta de la hallada para personas que no estuvieron expuestas a trauma. En estimaciones correspondientes de los datos prospectivos, las proporciones de riesgo de depresión mayor fueron de 11.7% y 4.4% respectivamente. Nuevamente, la proporción de riesgo estimada para las personas expuestas a trauma sin TEPT no difirió significativamente de la estimada para las personas no expuestas a trauma.

Según Breslau, Davis, Peterson y Schultz (2000), es poco probable que la diferencia en el riesgo de depresión mayor asociada con TEPT versus exposición a trauma sin TEPT se deba a diferencias en el tipo de trauma. Los resultados encontrados les permitieron concluir que hay un incremento significativo de riesgo de depresión mayor en individuos con TEPT, en comparación con personas expuestas a trauma sin TEPT; y que estos resultados no apoyan la hipótesis de que el TEPT y la depresión mayor en víctimas de trauma están influenciadas por vulnerabilidades diferentes o separadas.

Siguiendo dentro de esta línea de investigación, Goenjian, Steinberg, Najarian y Fairbanks (2000) evaluaron la severidad y el curso del TEPT, ansiedad y reacciones depresivas en una muestra de 78 adultos víctimas del terremoto ocurrido en el norte de Armenia en 1988 (de magnitud 6.9 en la escala de Ritcher), quienes no solicitaron tratamiento después del terremoto, y que fue al año y medio del suceso cuando comenzaron a ser estudiados y tratados. El grupo se clasificó según tres condiciones: (a) un primer grupo expuesto al trauma del terremoto, sin exposición previa a violencia, y expuesto durante tres semanas a la descripción gráfica de la destrucción del terremoto y la grave situación de las víctimas; (b) un segundo grupo, no expuesto previamente a violencia pero sí en forma extrema al trauma del terremoto, donde su vida se vio seriamente amenazada, y que estuvo en contacto directo con las víctimas primarias (heridos, mutilados, atrapados en los edificios..); y, (c) un tercer grupo expuesto al trauma del terremoto, con amenaza directa de su vida, y expuesto previamente a la violencia de Azerbaijan, con familiares y amigos cercanos mutilados, quemados, torturados o asesinados.

A estos individuos se les hizo un seguimiento durante los cuatro años siguientes al terremoto, hallándose que los dos grupos expuestos al terremoto, pero sin exposición previa a violencia continuaban a los tres años mostrando altos niveles del TEPT y ansiedad, pero menor depresión. No hubo diferencias significativas entre los grupos expuestos al trauma del terremoto, pero no expuestos a violencia y el grupo con trauma del terremoto y expuesto a violencia previa en cuanto a la alta probabilidad de desarrollar TEPT severo y crónico. Por último, se constató una asociación significativa entre TEPT, reacciones depresivas y ansiedad en todos los grupos.

Estos resultados indican que los individuos sometidos a trauma severo, natural o de violencia, no difieren en cuanto al perfil de síntomas, ni en cuanto al curso o desarrollo del TEPT. Esto se debe, probablemente, a que en ambas situaciones la experiencia percibida es la misma: seria amenaza a la vida, ser

testigo de heridas o mutilaciones graves y de muertes grotescas. Sin embargo, en estos casos no se espera que las experiencias psicológicas tengan las mismas secuelas o sean vividas de la misma manera por todos los afectados.

De modo similar, Erikson, Wolfe, D.W. King, L.A. King y Sharkansky (2001) evaluaron la relación entre el TEPT y la depresión en una muestra de 2.499 veteranos de la Guerra del Golfo, inmediatamente después que regresaron de la región en conflicto, durante un período de 18 a 24 meses en el que se les aplicó el Mississippi Scale Combat-Related PTSD y el Brief Symptom Inventory. Además, al inicio del asesoramiento se les administró una versión de The Laufer Combat Scale. Los resultados mostraron evidencia de una relación recíproca entre ambos síndromes. Así mismo, los investigadores utilizaron un modelo longitudinal, examinando reexperiencia, evitación-paralización y síntomas de hiperexcitación separadamente. En relación con este último hallaron que para los síntomas de reexperimentación y evitación-paralización, la relación entre depresión y TEPT se mantuvo constante. Sin embargo, los síntomas de hipervigilancia se mantuvieron sólo en la depresión.

La relación entre TEPT y depresión también quedó de manifiesto en el estudio de Golier, Yehuda, Schmeidler y Siever (2001) sobre variabilidad y severidad de la depresión y ansiedad en el TEPT y en el cuadro clínico de depresión mayor. Para caracterizar mejor las diferencias y similitudes entre la naturaleza de los trastornos afectivos asociados al TEPT y los trastornos de depresión mayor, los autores registraron los reportes del estado de ánimo y los puntajes de ansiedad en tres grupos: (a) con TEPT, (b) con depresión mayor, y (c) sin desorden psiquiátrico, mientras a estos grupos se les estaba practicando un estudio cronobiológico.

Se constató que las personas que sufrían de TEPT mostraban niveles comparables de depresión a los mostrados por el grupo con depresión mayor; sin embargo, ellas tuvieron un mayor grado de variabilidad en los puntajes de

estado de ánimo. A diferencia de esto, el grupo con depresión mayor tuvo una variabilidad en el estado de ánimo significativamente menor que el grupo sin trastornos psiquiátricos. Adicionalmente, el grupo con TEPT reportó experimentar mayores niveles de ansiedad que el grupo sin trastornos psiquiátricos y el grupo con depresión mayor, pero no mostró diferencias en ninguna de las medidas objetivas de ansiedad. Estos hallazgos sugieren que existen diferencias fenomenológicas en los síntomas afectivos experimentados por los pacientes con TEPT y con depresión mayor y que la variabilidad en el estado de ánimo puede hacer distinciones entre ellos.

Al igual que en los anteriores estudios, en los llevados a cabo por Feeny, Zoellner, Fitzgibbons y Foa (2000) y Maier (2001) se ha constatado una relación significativa entre el TEPT y depresión mayor, y de estos cuadros clínicos con otras variables como disociación, desesperanza aprendida y miedo.

Las personas sometidas a situaciones de estrés no siempre están bajo los vaivenes de los trastornos que éste ocasiona. Generalmente, el ser humano tiene la capacidad y las condiciones para administrar las posibilidades y recursos que le permiten recuperar el control sobre sí mismo y sobre su entorno en una eventual pérdida del mismo. Es posible, para la persona expuesta a eventos traumáticos, desarrollar estrategias sanas de afrontamiento del estrés que podrían estar relacionadas con factores psicológicos internos y permanentes de control.

3. LOCUS DE CONTROL Y ESTRÉS:

Con frecuencia se ha señalado que no todas las exposiciones a eventos traumáticos generan en sí mismas el TEPT, sólo en un moderado número de personas expuestas a dichos eventos se desarrolla el trastorno. Así lo afirman Koren, et al. (1999), quienes encontraron en sus estudios sobre los veteranos de

la guerra de Vietnam que sólo un 15.2% desarrolló el trastorno de estrés postraumático crónico; así mismo, los resultados de sus investigaciones mostraron que un 23.6% de los jóvenes adultos expuestos a asaltos o atracos, y aproximadamente un 39% de personas que habían sufrido accidentes de tráfico, presentaron síntomas específicos del TEPT.

Por tanto, para comprender mejor el estrés es importante conocer las variables mediadoras y disposicionales de éste. Una de esas variable mediadoras es la valoración o evaluación cognitiva que el individuo hace de la situación estresante, *el control percibido*, que reduce la respuesta al estrés tanto por la ganancia de la información como por la anticipación de la respuesta (Feuerstein, et. al. 1986; cp. Sandin, 1995).

Otra variable mediadora y relacionada con el control percibido es el afrontamiento. El concepto de afrontamiento o coping hace referencia a las distintas formas o estrategias que utiliza la persona para manejar el estrés. Sandin (1995) define el afrontamiento como "los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales que hace la persona para hacer frente al estrés, es decir, para manejar tanto las demandas externas o internas generadoras del estrés, como el estado emocional desagradable vinculado al mismo" (p. 20). El mismo autor señala que en psicología, este concepto se ha utilizado en contextos muy específicos como ha sido el referido a los experimentos con animales, en los que se distingue entre: (a) afrontamiento pasivo, en el que el animal sencillamente no responde a los estímulos del medio por su incapacidad para responder a ellos; y, (b) afrontamiento activo, en el que el animal da al menos una respuesta de evitación ante los estímulos adversos.

En este sentido, Sandin (1995) asume el enfoque de Lazarus (1993) quien fue el primero en proponer el afrontamiento del estrés como proceso, definiéndolo como los esfuerzos cognitivos y conductuales hechos para responder a las demandas internas o externas, las cuales son evaluadas

cognitivamente en términos de las posibilidades que tiene la persona de enfrentarlas. Según Lazarus (1993), el afrontamiento como proceso se fundamenta en los siguientes principios:

1. *El afrontamiento debe separarse de los resultados*, en el sentido de que el término se usa para describir el proceso, con independencia de que los resultados sean adaptativos o no. Un afrontamiento no es bueno o malo; su bondad depende de muchos factores.
2. *El afrontamiento depende del contexto:* El proceso no es algo establecido y estable, sino que depende de las condiciones o variaciones y de otras demandas.
3. *Unas estrategias de afrontamiento son más estables o consistentes que otras en el transcurso de las situaciones de estrés.* Según Lazarus las más estables son las de "reevaluación positiva".
4. *Al menos existen dos funciones principales del afrontamiento:* (a) *focalizado en el problema, y* (b) *focalizado en la emoción*. La función del *afrontamiento focalizado en el problema* es la de incidir en la interacción individuo-medio, con el propósito de modificar las causas que ocasionan el estrés y que pueden estar, tanto en el ambiente (modificar estímulos), como en el propio individuo (modificar acciones). La función del *afrontamiento focalizado en la emoción* es la de modificar la forma en que se está elaborando emocional e internamente el estrés; se trata de modificar la interpretación que se hace del evento y regular su impacto emocional. Estas dos funciones se complementan en la práctica, por ejemplo, si se reduce la intensidad de la emoción se está en capacidad para solucionar el problema y viceversa, si se trabaja en la solución del problema disminuye la carga de tensión emocional.
5. *El afrontamiento depende de la evaluación respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación*: la persona valora sus posibilidades de afrontar o no las situaciones y, en función de esta valoración, decide el afrontamiento.

Lazarus (1993) considera un grupo de dimensiones o factores de afrontamiento del estrés en la vida cotidiana, relativamente estables en el tiempo, de naturaleza consciente y que pueden ser consideradas como disposiciones personales. Para su evaluación desarrolló un instrumento al que denominó "Ways of Coping Questionnaire" (en Español: "Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento"), en el que se incluyen los siguientes ocho factores: (a) confrontación, (b) distanciamiento, (c) autocontrol, (d) búsqueda de apoyo social, (e) aceptación de la responsabilidad, (f) escape-evitación, (g) planificación de solución de problemas, y (h) reevaluación positiva.

Así como el individuo tiene unos modos característicos de naturaleza psicológica de responder a los eventos o situaciones estresantes con el propósito de reducir o contrarrestar la experiencia subjetiva del estrés y restaurar el equilibrio del organismo, existen unas respuestas al estrés de naturaleza fisiológica que tienen este mismo propósito. Las respuestas fisiológicas implican a un grupo de sistemas físicos, funcionales o fisiológicos del organismo, las cuales están bien definidas en el modelo del Síndrome de Adaptación General propuesto por Hans Seyle (cp. Bensabat, et al. s/f) y que ya fue analizado en el capítulo I del presente trabajo.

El afrontamiento tiene la tarea de ser un mediador tanto de las respuestas psicológicas como de las fisiológicas. No obstante, éste no es la única variable moduladora de la respuesta del estrés, otra que se contempla en el presente estudio es el locus de control.

Morales, et al. (1999) analizan los aportes hechos, en 1965, por Rotter quien fue el primero en desarrollar el constructo o rasgo de la personalidad denominado locus de control dentro de su *teoría del aprendizaje social.* En este contexto, el autor considera que la fuerza de la conducta en una situación dada es producto de la *expectativa* y del *valor del reforzamiento* en esa situación. La expectativa la define como la "probabilidad asignada por el individuo de que un

reforzamiento particular ocurrirá en función de una conducta específica en una determinada situación" (Rotter, 1954; cp. Morales, et al., 1999; p. 106). Según Morales, et al. (1999), estas expectativas se pueden extender a otras situaciones que se perciben similares. Una de las expectativas generalizada sobre la que más se ha investigado es la referida al grado en que las personas perciben los refuerzos como dependientes de su propia conducta o como dependientes del medio. De este concepto de expectativa surge el de locus de control.

Rotter (1965; cp. Morales, et al., 1999) define el locus de control como las percepciones o creencias que tiene el individuo de la ubicación del control de los eventos y reforzamientos en un determinado nivel entre dos polos de una dimensión: internalidad y externalidad; es decir, el concepto incluye todas las percepciones que tiene el individuo sobre el resultado de sus acciones en un determinado contexto físico o social. En términos de las expectativas, si la persona percibe que el reforzamiento es contingente a su conducta se hablaría de locus de control interno; pero, si el individuo percibe que el reforzamiento es contingente a las acciones de otros poderosos o a las acciones impredecibles del azar se tendría el locus de control externo.

En la escala original de Rotter (Locus de Control I-E), el locus de control se concibe como una variable unidimensional, un solo factor, conformado por dos polos opuestos. Esto trae como consecuencia que se considere al locus de control como un rasgo o dimensión de la personalidad y no como una creencia o estado. El autor la ve como una expectativa generalizada que la persona lleva consigo.

En 1974, Levenson retomó el concepto de locus de control de Rotter y, como este autor, entendió el locus de control interno o internalidad como la percepción o creencia que tiene el individuo de que las cosas o eventos que ocurren en el mundo o a su alrededor dependen de sus propias acciones; por tanto, los eventos pueden ser predecibles y controlados por la persona (este tipo es el

individuo internamente orientado). También definió el locus de control externo como la percepción que se tiene de que las cosas o eventos que ocurren se deben a acciones externas al individuo; por tanto, el mundo no es predecible (este es el tipo externamente orientado). Levenson (1974) dividió a esta dimensión de externalidad en dos modalidades: (a) otros poderosos (OP), y (b) azar (Az). En la primera, la causa de los eventos se atribuye a otros con mayores posibilidades y poder sobre el control; en la segunda, las cosas que suceden se atribuyen al azar o la casualidad.

Consistente con lo propuesto por Levenson y por Rotter, McCombs (1991) sostiene que lo que subyace al locus de control interno es el concepto del "self as agent". Esto significa que los pensamientos del individuo controlan sus acciones y que cuando realiza la función de pensar puede afectar sus creencias, motivaciones y acciones.

Usando como base la escala de Locus de Control de Rotter, en 1978, Sarason, et al. desarrollaron la Life Events Scale, en la que intentaron incluir la percepción de incontrolabilidad de los eventos de la vida como algo más que simplemente notar los eventos que suceden en la cotidianidad. Ellos argumentaron que aquellos individuos con un alto control externo son más susceptibles a las enfermedades físicas y psicológicas como resultado del estrés, en comparación con aquellos que tienen un elevado locus de control interno.

En este sentido, Joseph, Brewin, Yule y Williams (1993) evaluaron la relación entre atribución causal y síntomas postraumáticos en un grupo de 13 adolescentes sobrevivientes del hundimiento del crucero "Júpiter", quienes se dieron cuenta que necesitaban ayuda a los cinco meses de la tragedia. En la prueba de locus de Levenson, los niveles bajos en el subtest de locus de control interno correlacionaron significativamente con síntomas de depresión y TEPT a los 12 meses del evento. Esto permitió a los autores señalar al locus de control

como un predictor de riesgo de depresión y TEPT después de un evento traumático. Estos investigadores consideraron que el locus de control juega un papel crucial en la inducción y permanencia del TEPT: la falta de eficacia personal, un locus de control interno disminuido, el retardo en la toma de decisiones y tener la expectativa de que son los otros los que resolverán los problemas frente a los eventos traumáticos son factores de riesgo para que se instale un TEPT crónico. Otros factores asociados, según estos autores, son el sexo femenino, la raza negra y la edad temprana en ambientes de riesgo.

Estos resultados coinciden con los hallados previamente por Anderson (1977) en un estudio realizado sobre la relación entre estrés, locus de control y respuestas de afrontamiento. En esta investigación, el autor trabajó con una muestra de 90 personas afectadas por un huracán en Pennsylvania, hallando que aquellos individuos con un locus de control interno utilizaban estrategias de afrontamiento positivas y orientadas hacia la tarea, y sus niveles de estrés eran menores que los del grupo con locus de control externo, el cual presentó estrategias de afrontamiento menos adaptadas y niveles de estrés más elevados.

Parkes (1984) obtuvo resultados similares en un estudio sobre locus de control, evaluación cognitiva de la situación de estrés y estrategias de afrontamiento en un grupo de 171 estudiantes de enfermería del sexo femenino. Sus resultados indicaron que la percepción del evento o evaluación de la situación variaba según el grado de internalidad, en el sentido de que a mayor internalidad había una valoración más adecuada de la situación y, como efecto de ello, un mayor uso de estrategias de afrontamiento más efectivas.

Partiendo de los resultados anteriores es posible plantear que las situaciones o eventos estresantes tienen un efecto perjudicial sobre la salud y el bienestar psicológico de la persona, en parte porque ésta percibe que no tiene control sobre la situación. Por eso es importante identificar las posibles alternativas que

permitan a la persona afectada conocer la situación a cabalidad y buscar las soluciones posibles, lo que le devuelve al individuo cierto control de la situación.

En este sentido, varios autores afirman que las personas con un locus de control interno son capaces de buscar vías alternas en situaciones de estrés, tales como las relacionadas con enfermedades incurables como el SIDA (Thompson, Nanni y Levine, 1994), percibiéndose como mejor equipadas para conocer y utilizar efectivamente las estrategias de afrontamiento en forma efectiva y, lo más importante, sintiéndose capaces de controlar las situaciones asociadas a su enfermedad (Paterson y Neufeld, 1995).

Morales, et el. (1999) recopilaron algunas experiencias que muestran la asociación entre expectativas de control de la salud (locus de control interno) y bienestar físico. Entre ellas caben destacar las de Strickland (1989), a partir de las cuales se han elaborado instrumentos que miden creencias sobre la responsabilidad que se cree tener sobre la salud; y las de Baum, Cohen y May (1993) quienes estudiaron las reacciones psicofisiológicas de personas que estuvieron expuestas al accidente del reactor nuclear en Three Mile Island, en relación con sus expectativas de locus de control. Estos investigadores encontraron mayor reactividad en las personas que tenían un locus de control interno que en las externamente orientadas.

Además de los factores psicológicos que pueden estar asociados a las respuestas de estrés, existen algunos factores de naturaleza física que pueden ser agentes activos en las respuestas de estrés, como puede ser el diagnóstico de una enfermedad mortal sobre la que el sujeto, en principio, no tiene control. Una de las enfermedades que se ha venido asociando al estrés es la enfermedad del cáncer. De hecho, como ya se explicó, Grossarth-Maticek y Eysenck (1990) presentaron como uno de los tipos psicológicos de reacción al estrés, el tipo 1 al que denominan *"predisposición al cáncer"*. En el siguiente capítulo se hace una serie de consideraciones sobre esta relación.

CAPÍTULO V: FACTORES PSICOLÓGICOS Y ESTRÉS ASOCIADOS AL CÁNCER

A finales de los 70's y comienzos de los 80's se desarrolló, tanto en psicología como en la oncología, un interés marcado por la investigación sobre los factores psicológicos involucrados en el cáncer, tales como rasgos personales, aspectos emocionales y cognitivos, así como también la experiencia de eventos traumáticos y/o una historia de eventos estresantes en las personas que han recibido el diagnóstico de cáncer. Algunos investigadores están convencidos, desde la experiencia de sus investigaciones, de que efectivamente existe una relación entre factores psicológicos, el estrés y el desarrollo del cáncer.

En los inicios de la medicina, ya Hipócrates, considerado el "padre de la medicina", señalaba la relación mutua que existía entre el cuerpo y el "ánima" o dimensión anímica del ser humano, así como la influencia del medio social en la génesis de las enfermedades físicas. Fue Galeno el primero en plantear los efectos de los rasgos personales en el desarrollo del cáncer; consideraba que las mujeres "melancólicas" tenían una mayor tendencia a adquirir cáncer de mama que las mujeres "sanguíneas".

Estas primeras aproximaciones iniciaron un tema crucial en cualquier tratado de psicosomática como es la relación entre factores psicológicos, sociales y cáncer, y más tarde servirían de fundamento a una nueva disciplina psicológica: la psicooncología, la cual tiene como objeto de estudio prevenir, atender, enseñar e investigar sobre el cáncer y los factores psicológicos, psicofisiológicos y psicosociales asociados a la enfermedad.

1. FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL CÁNCER

La investigación epidemiológica ha puesto de manifiesto la existencia de ciertos patrones de actitudes y conductas que inciden desfavorablemente en el desarrollo de enfermedades. En este sentido, la mayoría de los estudios empíricos sobre la relación entre factores psicológicos y cáncer se han orientado hacia la identificación de un patrón de personalidad que pudiera incidir en la aparición y desarrollo del cáncer. Uno de estos patrones es el "Patrón de Conducta Tipo C", término acuñado en 1980 por Morris y Greer, quienes lo caracterizaron por una inhibición de las emociones ante situaciones estresantes, especialmente las emociones negativas como la hostilidad, la ira y la rabia. Con anterioridad, otros autores ya habían descubierto ciertos rasgos personales que se repetían en los pacientes con cáncer como la inhibición de emociones negativas, baja autonomía y alta dependencia (Kissen y Eysenk, 1962; Kissen, Brown y Kissen, 1969; cp. Eysenk, 1994).

Al respecto son interesantes los estudios realizados por Temoshok (1985) quien describe un estilo de afrontamiento del cáncer, centrado en el tipo de respuesta que da la persona frente a acontecimientos o eventos traumáticos. Este estilo está conformado por tres factores: (a) el patrón tipo C; (b) la inhibición de la expresión de las emociones, especialmente la represión de las emociones negativas; y (c) la experiencia de desamparo y desesperanza. En el patrón tipo C se destacan como rasgos: la pasividad y cooperatividad, resignación y sumisión, inhibición de las emociones, ausencia de asertividad y represión de las emociones hostiles, especialmente la ira o la rabia. El autor considera que estos tres factores actúan, no sólo como desencadenantes de la enfermedad, sino que también van a estar presentes en el desarrollo y recurrencia de la misma. Para Temoshok, las personas con un patrón tipo C muestran poca confianza en sí mismas, en sus recursos, mucha incertidumbre sobre su situación, bajo control en situaciones de emergencia y un miedo permanente a que la enfermedad aparezca de nuevo.

En esta línea, el autor halló en sus investigaciones una relación positiva entre el tipo C de personalidad y el desarrollo y crecimiento tumoral en pacientes adultos con melanoma. Así mismo, en estudios que realizó en mujeres con cáncer de mamas, encontró que la mayoría de las pacientes mostraban un patrón de afrontamiento tipo escape-evitación-aislamiento, en el que predominaba la desesperanza, lo cual las hacía más propensas al desarrollo de la enfermedad; mientras que, las que enfrentaban con esperanza, optimismo, y esfuerzo su enfermedad tenían un mejor pronóstico de vida.

Los trabajos de Eysenck (1994) son, sin duda alguna, unos de los más destacados en esta área. El autor describe a los individuos con un patrón C, como "...cooperativos, pasivos, evitadores de conflictos, supresores de emociones como ira o ansiedad, que usan la represión como mecanismo de afrontamiento, rígidos y con mayor disposición a experimentar desesperanza y depresión" (p. 168). El autor identificó este mismo patrón C con el tipo 1 (tendencia al cáncer, ya descrito en el Capítulo IV, Sección 1 del presente trabajo), en la nueva categorización que elaboró con Grossarth-Maticek sobre los tipos de reacción al estrés

Grossarth-Maticek y Eysenck (1990) describen a las personas pertenecientes al tipo 1 como inhibidas y dependientes afectivamente, especialmente de las personas que aman; conformistas, con tendencia al sufrimiento, dando prioridad a las necesidades del otro antes que a las suyas; sus reacciones ante los eventos traumáticos son de indefensión y de pérdida del control; idealizan los objetos emocionales y reprimen la expresión abierta de sus emociones; con predominio de la hipoestimulación.

Estos mismos autores sostienen que el tipo 5, conceptualizado como racional- antiemocional (también ya descrito en el Capítulo IV, Sección 1 del presente trabajo), comparte con el tipo 1 la inhibición emocional, la dificultad

para expresar sus emociones. Por lo que a menudo se encuentran en este tipo a personas con disposición a la depresión y al cáncer. La dimensión que predomina es lo *racional sobre lo emocional*.

En este sentido, Rizquez (1975) identificó algunas características que tienen aquellas personas que potencialmente pudieran desarrollar cáncer en el futuro: vocación de servicio exagerada y gratuita, personas excesivamente responsables, sensatas y sacrificadas, habilidad para capitalizar toda la personalidad y sensatez de la familia, dignidad para aceptar el sufrimiento y capacidad para ocultarlo, y necesidad de mantener una atmósfera de cariño alejada de sus posibilidades. Quizás esta conducta afectiva ambivalente es la que más llama la atención de este tipo de pacientes; por una parte, son altamente inhibidos para expresar las emociones negativas como la rabia, la ira, la hostilidad; y por la otra, manifiestan con facilidad emociones positivas como el amor, el cariño, la abnegación y la entrega altruista.

Grossarth-Maticek y Eysenck (1990) sostienen que se puede producir una modificación en este patrón de personalidad, a través de la psicoterapia, lo cual incide favorablemente en la prevención del cáncer y en sobrevivencia de los pacientes que ya lo han desarrollado. Así lo ponen de manifiesto los resultados de los estudios que ellos realizaron durante 13 años a través de la terapia conductual de innovación creativa, los cuales ya han sido descritos en el capítulo IV del presente trabajo.

Por lo señalado anteriormente, parece que las dos características o rasgos personales que más inciden en la aparición y progreso del cáncer son: (a) la inhibición emocional, la incapacidad para sentir y expresar las emociones, especialmente la represión de emociones negativas tales como la rabia, la hostilidad o la ira y el miedo ante situaciones de trauma o eventos traumáticos; y, (b) la desesperanza, depresión y frustración ante el fracaso en los intentos por poder controlar las situaciones de estrés. Estos rasgos, y el conjunto de las otras

características del patrón tipo C sugieren la existencia de una personalidad premórbida del cáncer, por lo que tenerla se constituye en un factor de riesgo y de pronóstico desfavorable.

Sin embargo, esta sugerencia no es concluyente ya que la relación entre cáncer y personalidad implica a otros factores psicológicos, fisiológicos, sociales y características propias de la enfermedad. En este sentido, al analizar el patrón C hay que plantearse primero si este patrón es causa o es consecuencia de la enfermedad. Por otra parte, las investigaciones realizadas en este sentido han tenido varias dificultades en cuanto a la aplicación rigurosa de los criterios exigidos por los diseños de investigación, tal como lo reconocen autores como Grossarth-Maticek y Eysenck (1990). Por estas razones, estos investigadores terminan definiendo el tipo 1 como tendencia al cáncer, en lugar del tipo C, como personalidad premórbida cancerosa. Además, las características de la enfermedad y sus manifestaciones son variadas y limitan las conclusiones sobre el tema: hay diferentes tipos de cáncer, diferentes niveles o estadios de desarrollo de la enfermedad, diferentes manifestaciones, condiciones físicas del paciente y, por tanto, diferentes pronósticos.

Coiné, Benazon, Gaba, Calzone y Weber (2000) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue evaluar el nivel de estrés y morbilidad psiquiátrica en mujeres con alto riesgo de contraer cáncer de ovario y de seno, evaluado por registros de historia familiar positiva y pruebas genéticas. El estudio fue realizado en una muestra de 464 mujeres, procedentes del "Registro de Estudio Hereditario de Cáncer de Ovario y Seno" adscrito a la Universidad de Michigan y el "Centro de Cáncer" de la Universidad de Pensilvania. A este grupo se le aplicó la Lista de Chequeo de Síntomas de Hopkins y fue entrevistado utilizando la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (APA, 1994). Los resultados obtenidos reflejaron bajos índices de estrés en el grupo, y menos del 10% de las pacientes con estrés se ajustaron a los criterios de desórdenes clínicos.

Similar postura es sostenida por Andrykowski, et al. (1996) quienes consideran que ha habido un cambio en la concepción sobre la asociación entre estrés y comorbilidad psiquiátrica en pacientes con cáncer. Según estos autores, muchos de los estudios realizados sobre cáncer y estrés asociado a otros trastornos psiquiátricos, tienen serias debilidades metodológicas, entre las que se destacan: el uso de muestras muy pequeñas, el hecho de que muchas veces no se hace distinción en el tiempo que lleva el diagnóstico, el no discriminar entre la evaluación antes o después de la intervención, y si el estado de la enfermedad es inicial o avanzado. Estas realidades no permiten hacer afirmaciones definitivas sobre la relación entre personalidad y cáncer o entre enfermedad mental y cáncer

2. RELACIÓN ENTRE ESTRÉS Y CÁNCER

La relación entre estrés y cáncer se puede entender en una doble dirección: el estrés como potencial desencadenante del cáncer, y el diagnóstico de cáncer como posible generador del estrés en estos pacientes. Con respecto a la primera relación, los estudios ya mencionados en la sección anterior son ejemplos de cómo el estrés pudiera incidir en el desarrollo de la enfermedad en personas que tienen ciertos factores psicológicos de riesgo, entre ellos, el tipo de personalidad, así como también estados emocionales o condiciones psiquiátricas que pueden influir en su aparición y progreso.

Adicionalmente, algunos autores han orientado sus trabajos hacia la investigación sobre la relación entre estrés, sistema inmunológico y cáncer, en los que el sistema inmunológico se concibe como una variable mediadora (Andersen, 1998; Howard, 1998). En estos trabajos se ha encontrado, efectivamente, que los estados emocionales negativos o las situaciones intensas de estrés afectan al sistema inmunológico y esto, a su vez, permite la formación de células cancerígenas.

A menudo se ha observado que previo a la aparición del cáncer, la persona ha experimentado situaciones de estrés, acompañadas especialmente de ansiedad y sentimientos depresivos, y ante las cuales la persona experimenta indefensión, vulnerabilidad y pérdida de control. Son múltiples las situaciones de estrés, desde las más intensas como la experiencia de catástrofes naturales, de violaciones o agresiones en las que está seriamente amenazada la vida, pérdidas altamente significativas, hasta las más benignas como puede ser un fracaso académico.

También se ha observado, en algunos estudios realizados con personas que padecen cáncer, que la experiencia del diagnóstico, tratamiento y supervivencia a la enfermedad aumenta los problemas psicológicos que afectan más aún el bienestar del paciente, como pueden ser: la pérdida de la autoestima, de la imagen corporal, dificultades en la vida sexual e íntima con la pareja, ansiedad y depresión relacionadas con la muerte inminente (Kornblith, Anderson, y Cella, 1990; 1992).

Otros estudios refieren la aparición de síntomas específicos del TEPT en pacientes con cáncer, como son: comportamientos evitativos de todas las situaciones, contextos o personas que le recuerden el hecho de su enfermedad, pensamientos invasivos y aumento de la excitabilidad (Koocher y O'Malley, 1981). Sus manifestaciones son muy similares a las respuestas dadas frente a otros eventos traumáticos como desastres naturales, violaciones, terrorismo y accidentes; de tal forma que, los especialistas en esta enfermedad han adoptado los criterios del DSM-IV (APA, 1994) para explicar algunos de los síntomas que sufren sus pacientes. A ello se le suman algunas respuestas emocionales como son la desesperación, la angustia y la culpa por no haber tomado medidas preventivas a tiempo (Rundell, Ursano y Grace, 1992).

Dado que en los criterios diagnósticos del TEPT del DSM-IV (APA, 1994) se deja de poner todo el peso en el suceso en sí, para darle relevancia a la

experiencia psicológica de la persona que vive el suceso, el individuo que ha sido diagnosticado con cáncer o quien se percibe sobreviviente de la enfermedad, puede desarrollar el TEPT como consecuencia del diagnóstico de cáncer. Algunos estudios así lo han corroborado (Alter, Pelcovitz y Axelrod, 1996; Cella y Tross, 1986; Howard, 1998).

El impacto psicológico que puede producir el diagnóstico de una enfermedad mortal que amenaza la integridad física es indudablemente traumático y desolador, y va a estar acompañado de trastornos psicosomáticos que a veces enrarecen el propio trastorno. Los pacientes suelen quejarse de dolores musculares o de huesos, fatiga, debilidad, nauseas, vómitos, especialmente durante la aplicación de los tratamientos que suelen ser invasivos, tóxicos y terriblemente desagradables. A veces estos pacientes son hospitalizados para largos tratamientos lo que hace que experimenten una pérdida del control, de desesperanza e indefensión.

En muchos casos, la sola expectativa de un posible diagnóstico positivo de cáncer genera altos niveles de estrés. Algunos estudios sugieren que las mujeres que están a la espera de los resultados de una biopsia por sospecha de cáncer en el seno están altamente estresadas (Dekeyser, Wainstock, Rose, Converse y Dooley, 1998). Otros estudios señalan que sólo saber que hay una historia de cáncer de seno en la familia genera estrés psicológico en mujeres (Kash, Holland, Halper y Miller, 1992; Lerman y Schwartz, 1993). También hay estudios que apoyan altos niveles de depresión y estrés en mujeres con diagnóstico definitivo de cáncer (Fallowfield, 1990; Hopwood, Howell y Maguire, 1991).

Los avances en el tratamiento de varios tipos de cáncer han traído esperanza a muchos pacientes que padecen alguno de ellos y además se ha observado que existe la probabilidad de tener mayores períodos de sobrevivencia. Hay ciertas estrategias terapéuticas que le permiten a la persona que padece cáncer

afrontar la enfermedad y el estrés que ésta puede desarrollar; en este sentido, es muy importante un ambiente favorable de apoyo y acompañamiento al paciente. De hecho, la experiencia clínica apunta como uno de los factores de riesgo, la falta de apoyo social o que éste sea inadecuado, y antecedentes de trauma y abusos, lo cual agravaría para el paciente el trauma de su enfermedad (Stuber, Meeske, y González, 1994).

Con respecto a la evaluación del TEPT y su tratamiento en los pacientes con cáncer, existe una dificultad en cuanto al tiempo y en cuanto a identificar el estresante independiente que lo causa dentro de las crisis múltiples que constituyen la experiencia de cáncer. Para algunos, el estresante puede ser el diagnóstico inicial, para otros la percepción de que la enfermedad podría ser mortal; pero, también puede ser la posibilidad de la intervención quirúrgica o el mismo tratamiento. Una estrategia que hasta ahora han utilizado los terapeutas antes de intervenir, y que puede resolver estas dificultades, es la de esperar un tiempo prudencial desde el momento en que se interrumpe el tratamiento médico (quimioterapia, radioterapia...etc), de esta forma, la intervención psicoterapéutica no afecta el curso y los efectos del tratamiento médico. Sin embargo, el trabajo de los psicooncólogos puede desarrollarse a lo largo de todas las etapas de la enfermedad, incluyendo la etapa inicial del diagnóstico (Grossarth-Maticek y Eysenck, 1990).

Indudablemente, un diagnóstico de cáncer o de cualquier otra enfermedad mortal no puede dejar a la persona que lo sufre en las mismas condiciones psicológicas, al menos mientras la persona sienta que su vida o la integridad de su ser está seriamente amenazada. Es una experiencia que se sale de lo común y altera la calidad de vida de la persona. Sin embargo, se ha observado que el enfermo de cáncer desarrolla estrategias de afrontamiento de la enfermedad, especialmente después del tratamiento de quimioterapia, que le permiten mantener su esperanza de vida: experiencias religiosas, la búsqueda del apoyo familiar, el ejercicio responsable de sus actividades laborales, tareas de servicio

a los demás y la búsqueda de ayuda psicológica. Estos tipos de afrontamiento se observan más en la mujer que en el hombre (Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor y Falke, 1992).

Considerando el papel de las variables psicológicas que inciden en la aparición y desarrollo del cáncer, así como los problemas o trastornos psicológicos que la misma enfermedad puede causar en el individuo, pareciera que la mayoría de los investigadores y terapeutas coinciden en sostener que la relación entre estrés, inhibición de la expresión emocional y cáncer es realmente significativa y que en esa relación están implicados unos factores fisiológicos de alto riesgo, como puede ser la respuesta inmunológica y la predisposición genética. Esta conclusión sugiere la importancia de la intervención psicológica del problema, unido al tratamiento médico, tanto a nivel preventivo como asistencial, en el que el destinatario no sólo es el paciente sino también su familia y su entorno social.

Existen otros acontecimientos en la vida, producto ya no de factores físicos internos originados quizás por la misma naturaleza de la persona o por la herencia, sino por otros elementos externos, ajenos al individuo y que afectan seriamente su salud mental. Estos factores pueden ocasionar, si no la muerte física y cercana de la persona, sí su destrucción emocional, mental y progresiva hasta la muerte total. El trauma producido por la exposición a hechos de violencia ocasionados por otros, en los que se amenaza la integridad física y mental del individuo, puede tener un poder letal para quienes han sido víctimas de esos hechos, aún recibiendo el tratamiento adecuado y a tiempo. El llamado "trauma maligno" (LaMothe, 1999) podría ser el cáncer del alma que deja sin sentido de vida a quienes son víctimas del mismo. Por lo que el estudio de los efectos de la violencia en la salud mental es un tema de gran interés, especialmente en estos tiempos en los que este fenómeno se ha vuelto un hecho cotidiano.

CAPÍTULO VI: VIOLENCIA Y TRASTORNOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

La ocurrencia de un hecho violento en la vida de una persona ocasiona en ésta una marca para el resto de sus días, de alguna forma rompe para siempre el hilo de su vida, pues a partir del evento traumático la vida de la persona cambia radicalmente. La mayoría de las personas víctimas de la violencia manifiestan haber cambiado significativamente en sus valores, en su concepción de la vida, en sus relaciones interpersonales. En muchos casos, en los que se desconoce al autor del hecho, ese desconocimiento y las razones que tuvo para ocasionarlo, es un sufrimiento y angustia mayor para la persona afectada, que se añade al hecho mismo. En aquellos casos en los que el acto de violencia ha estado acompañado de un hecho de muerte, el cuadro psicológico de la persona afectada se torna más intenso y dramático.

En las víctimas de la violencia se da una evolución en el tiempo muy similar al de todas las personas que sufren cualquier otro evento traumático, sin embargo, hay algunas diferencias: en los primeros momentos del hecho violento, a la persona le cuesta comprender lo que está pasando, no da crédito a lo que le está sucediendo y sus reacciones pueden ser impredecibles. Inmediatamente y/o en los días siguientes se producen pérdidas de memoria, insomnio, ataques de pánico, pesadillas, miedos terribles y una profunda desconfianza, pudiendo llegar a perder la capacidad para organizar y funcionar en su vida cotidiana. Todas estas conductas y emociones son comunes al estrés postraumático que padece otro tipo de víctimas.

Goguen (2000) señala que después de la primera fase de desorientación, confusión y dependencia de aquellas personas que les dan el apoyo social, las víctimas de actos violentos comienzan a darse cuenta de lo que les ocurrió, de lo

irreversible del hecho, de la magnitud del daño, y en el mejor de los casos, a "aceptar" la situación tratando de sobrevivir al hecho y de organizar de nuevo su vida cotidiana y sus relaciones interpersonales. A pesar de ello, permanecen una serie de conductas, pensamientos y sentimientos que hacen vigente el daño: ideas frecuentes sobre la muerte, culpa, tristeza profunda, irritabilidad y agresividad en muchos casos, variabilidad en su estado de ánimo, aislamiento.

La misma autora sostiene que pasados algunos meses las víctimas pueden experimentar dos situaciones: (a) la imposibilidad de superar el trauma, en la cual los síntomas iniciales reinciden, se da una negación a salir del aislamiento, de la depresión y del estado general de inactividad, o (b) la persona puede encaminarse hacia la superación del hecho traumático, "elaborar el duelo" progresivamente e irse centrando en la vida cotidiana y realidad de su entorno.

Hay víctimas que tienen mayor probabilidad de desarrollar el TEPT que otras: aquellas expuestas a estresores de gran magnitud e intensidad, incontrolables e impredecibles; personas que tienen mayor responsabilidad, real o percibida sobre el hecho; las que han sido víctimas de violaciones; aquellas que tienen unos factores previos de vulnerabilidad como antecedentes familiares de trauma, factores genéticos, o si es una edad temprana en la que ocurre la primera crisis; una historia de eventos traumáticos desde la niñez, la carencia de soporte social y eventos traumáticos de la vida que se repiten; aquellas personas que reportan la mayor percepción y vivencia intensa de amenaza, de miedo y terror; y aquellas con un ambiente altamente demandante que es culpabilizante y estigmatizante.

Es importante evaluar las actitudes que las otras personas tienen ante las víctimas de un hecho violento. La reacción del entorno social es vital para una persona víctima de la violencia. Este entorno puede reaccionar acompañando a la víctima, o alejándose y olvidándose de ella, o simplemente estigmatizándola y discriminándola. Estas últimas actitudes pueden agravar el problema de la

víctima, su sintomatología y dolor. Aunque la sociedad no sea la responsable del hecho violento, tiene una gran responsabilidad con las personas afectadas. Si bien no se suele decir abiertamente, existe lamentablemente una idea escondida o subyacente en el parecer de la sociedad acerca de las víctimas, la cual se traduce en la triste frase: "si el hecho le ocurrió algo habrá hecho". Este viejo prejuicio expresa dos ideas: una que justifica el hecho de que la sociedad ha obviado su responsabilidad ante la violación de los derechos de las personas, y la otra, que justifica el hecho violento culpabilizando a la víctima antes que a la sociedad.

LaMothe (1999) afirma que la cura no es posible para aquellos traumatizados por las manos de otros humanos, evento que ha denominado "*trauma maligno*". Según el autor, no se trata ni de un consejo para el pesimismo y la indefensión, ni una aceptación de que la sobrevivencia y la posibilidad de una mejor condición de vida ya no son posibles, sino que se trata más bien de reconocer lo profundamente trágico de este tipo de experiencia traumática, e implícitamente caracteriza las acciones que la producen como conductas malévolas y dañinas. LaMothe diferencia entre el trauma psicológico producido por desastres naturales o accidentes y aquél producido por las acciones de otros seres humanos. Para el autor, en el *trauma maligno,* la cura no está dentro de lo normalmente posible, porque la esencia de la experiencia traumática permanece en parte inaccesible a las expresiones simbólicas, dejando a la persona sin posibilidad de articular la experiencia y sumida en un profundo aislamiento.

Según LaMothe, este tipo de trauma es el resultado de cinco experiencias de pérdida que guardan relación entre sí: (a) shock asociado con la expectativa de ayuda; (b) pérdida de control sobre la integridad del propio cuerpo; (c) pérdida de la creencia de que el otro está obligado a responder a su llanto o grito de ayuda; (d) pérdida de la confianza asociada a la experiencia de deslealtad; y, (e) pérdida del compromiso del que ocasiona el evento para reconocer, respetar y responder a los deseos y necesidades de la víctima. Estas experiencias de pérdida

desafían la simbolización porque ésta es contingente sobre las estructuras biológicas y las experiencias de otro obligado, verdadero y confiable.

En las últimas décadas se han venido desarrollando un grupo de investigaciones sobre estrés y violencia en varias áreas temáticas, tales como: (a) violencia intrafamiliar, maltrato y abuso sexual (Feehan, Nada-Raja, Martín y Langley, 2001; Freeman y Beck, 2000; McDermut, Haaga y Kir, 2000; (b) guerra, terrorismo y secuestro (Amdur, Larsen y Liberzon, 2000; Freeman y Roca, 2001; Tucker, Pfefferbaum, Nixon, y Dickson, 2000); (c) violencia urbana (violaciones, atracos, robos, riñas) y otras manifestaciones de violencia, por ejemplo, aquellas ocurridas en un contexto laboral o escolar (Flannery, Singer y Wester, 2001; Rosenthal, 2000; Stein, et al., 2000). Esto quizás se deba a que en las ciudades del mundo actual, la violencia se ha convertido en un problema grave, epidémico, de salud pública. Los contextos en los que se manifiesta son múltiples y variados entre los que destacan: el hogar, el vecindario o la comunidad, los lugares públicos y las escuelas (Levenson, Memoli, y Flannery, 2000; Rosenthal y Huttom, 2001; Rosenthal y Wilson, 2001).

Los ataques terroristas y aquellos producidos por las guerras son hechos que producen un gran impacto psicológico en sus víctimas que difícilmente se puede superar, las secuelas no sólo son vividas intensamente sino que son experimentadas por un tiempo prolongado, hasta hacerse crónicas en muchos casos. A raíz de los atentados del 11 de septiembre en New York, la ilusión de un mundo seguro se terminó, dando paso a la realidad en la que el Estado superpoderoso y protector no existe, sino que cualquier parte del planeta es altamente vulnerable y frágil. La posibilidad de un atentado terrorista, de una guerra está latente no sólo en cada Estado sino en cada persona.

Galea y Ahern (2002) en un estudio que realizaron entre las cinco y ocho semanas posteriores a los sucesos del 11 de septiembre de 2001, en una muestra de 1008 residentes en Mahanttan, encontraron que el 7.5% padecía

TEPT y el 9.7% depresión; en los vecinos del World Trade Center de New York la cifra era aún mayor: 20% padecía del TEPT y 16.8% depresión. Las secuelas abarcaron también a las víctimas secundarias como son las personas directamente involucradas en las labores de rescate y de dirigir la reconstrucción. En el caso de New York, estos mismos investigadores encontraron en una muestra de rescatistas que un 16.2% padecía TEPT y un 14.1% sufría depresión. Así mismo, los autores reportan que el 9% de los estadounidenses sufrió alguno de los síntomas del TEPT en las semanas posteriores al atentado, especialmente la hipervigilancia y la reexperimentación, éste último alimentado en parte por los medios de comunicación del país y del mundo; y posteriormente por todas las medidas que, a raíz de este acontecimiento, implementaron los organismos de seguridad del Estado y que persisten en la actualidad. Es significativo constatar cómo eventos traumáticos de esta magnitud producen un cambio tan radical en un país, que cada día y cualquier situación es propicia para reexperimentarlo.

Similarmente, el acto terrorista ocurrido el 11 de Marzo del 2004 en Madrid, generó en los residentes de la ciudad una serie de trastornos emocionales, especialmente TEPT y depresión. Al respecto, Flores-Lozano (2004), catedrático de Ciencias de la Conducta de la Universidad de Oviedo, reseña que más de 18.000 personas recibieron atención psicológica a causa del atentado terrorista, especialmente las víctimas secundarias: familiares de las víctimas, personal de rescate, personal médico y paramédicos, terapeutas, vecinos y residentes de la ciudad, calificando el hecho como.. "una gran catástrofe emocional, una experiencia de conmoción y horror, capaz de producir una emoción paralizante (parálisis emocional) y una percepción saturada de dramatismo y crueldad" (p. 1). Similarmente, Rojas (2004), presidente de la Sociedad Española de Especialistas en TEPT, afirmó que tres meses después del atentado del 11-M 667 personas afectadas continuaban bajo tratamiento por TEPT lo que equivale a un 15% de las 6.000 personas afectadas.

Medina, Pérez y Gancedo (2001) realizaron un estudio clínico, observacional y descriptivo sobre terrorismo urbano en una muestra de 75 pacientes víctimas de atentados terroristas ocurridos en varias partes de España. La muestra estuvo constituida por hombres, profesionales de los cuerpos de seguridad del Estado. Los investigadores les aplicaron varias pruebas tanto para medir los síntomas de estrés postraumático (PTSS-10; CAPS-DX), como otras condiciones psíquicas (Hamilton Ansiedad y Depresión; CET-DE, MMPI, 16 PF). Se excluyeron de la muestra aquellos pacientes que presentaban alguna patología psiquiátrica, enfermedad médica, o consumo de drogas o alcohol. Constataron que la mayoría de los pacientes respondieron a los criterios del DSM-IV sobre el TEPT. Los autores hicieron un seguimiento del grupo por varios meses, aplicando terapia de apoyo y evaluando al grupo, y hallaron que en la mayoría de ellos persistían los síntomas de hipervigilancia, los de embotamiento y las conductas de evitación, habiendo disminuido los síntomas de reexperimentación. A lo largo del tiempo, se observó un cambio progresivo tanto en el carácter como en el estado de ánimo y en las relaciones interpersonales de estos pacientes: cada vez se volvieron más hostiles, deprimidos, aislados, recelosos y desadaptados, acompañando a estos comportamientos algunos trastornos físicos, tales como disnea, cefalea, sudoración, mareos, taquicardia. Todos estos síntomas definieron la presencia de un TEPT crónico.

La guerra y la secuela de trastornos psicológicos que ella ocasiona no es un hecho menos horroroso y dramático que los actos terroristas. La investigación en este campo es abundante y abarca grandes espacios en la literatura psicológica y psiquiátrica. Se estima la prevalencia del TEPT en un 15% de los hombres y un 9% de las mujeres que estuvieron en la Guerra de Vietnam; y, de 2% a 10% entre los soldados que participaron en la Guerra del Golfo, con la posibilidad de que éstos porcentajes sean aún mayores (Hoge, et al.,2004).

En este contexto, Hoge, et al. (2004) realizaron una investigación con una muestra de 2.530 infantes de la Marina y de la Armada de los EE.UU, antes de

ser desplegados en Irak. A los participantes se les administró una batería de pruebas que incluían las medidas de depresión mayor, ansiedad generalizada y TEPT. A otro grupo de 3.671 infantes se le aplicó los mismos instrumentos a los tres meses de haber regresado tanto de la guerra de Afganistán como de la de Irak. Los resultados mostraron que el porcentaje de infantes que padecían depresión, ansiedad y TEPT era significativamente más alto (15.6% a 17.1%) en el grupo que regresó luego de haber cumplido la función de combate en Irak, que en el grupo que regresó de Afganistán (11.2%), y mayor aún que en el grupo que aun no había sido desplegado en Irak (9.3%). La diferencia más grande se encontró en el TEPT. Además, de los que cumplían los criterios de problemas o desórdenes mentales, sólo un 23% a 40% buscó ayuda terapéutica. Estos resultados revelaron que en el contingente de infantes había riesgo significativo de problemas mentales y que la mayoría de ellos eran altamente resistente a recibir ayuda profesional, por temor a ser estigmatizados.

Aún no se contabilizan los porcentajes totales de víctimas de las últimas guerras del siglo pasado y de las guerras que se desarrollan en nuestros días. Similarmente, parece una tarea difícil contabilizar la cantidad de víctimas que a diario sufren la violencia por conflictos políticos internos, secuestros, violaciones, asaltos, atracos, ajuste de cuentas entre bandas armadas, quienes también se ven afectadas y cuya realidad se ha convertido para los Estados en un problema epidemiológico de salud mental.

Rosenthal (2000) exploró la relación entre varios síntomas de estrés psicológico (rabia, ansiedad, depresión, y disociación) y violencia comunitaria en una muestra de 455 estudiantes, durante los años de la escuela secundaria. El autor comparó a estudiantes víctimas directas de violencia y a estudiantes testigos de actos de violencia en la comunidad. El autor señala haber encontrado diferencias significativas en cuanto a la recurrencia y monto de la violencia, en el sentido de que a mayor recurrencia e intensidad de la exposición mayor estrés; así mismo, halló que el grupo víctima de la violencia, se diferenciaba

significativamente del grupo testigo en cuanto el grado de estrés y el monto de la exposición y la recurrencia de la violencia.

Siguiendo dentro de esta línea de investigación, Flannery, et al. (2001) realizaron un estudio comparativo entre adolescentes provenientes de una comunidad con altos índices de violencia y una comunidad sin problemas de violencia, en términos de los niveles de estrés e índice de suicidio. La muestra utilizada fueron 3.735 estudiantes provenientes de seis escuelas localizadas en Ohio y Colorado, a los cuales se les aplicó un cuestionario sobre violencia. De esta muestra, 484 adolescentes de ambos sexos (masculino: 349; femenino: 135), reportaron que en el último año habían atacado a otros adolescentes con cuchillo o con arma de fuego, éstos conformaron el grupo violento. De los 3.735 estudiantes se seleccionaron 484 para el grupo control. Estos adolescentes fueron apareados en términos de edad, sexo, etnia, lugar de residencia, y estructura familiar. Ambos grupos fueron comparados en términos de exposición a violencia y victimización directa de la misma. Los investigadores encontraron que el grupo de los violentos había tenido los mayores niveles de exposición a la violencia y había sido víctima directa de violencia. Las mujeres del grupo violento reportaron mayor nivel de TEPT, mayor depresión, ansiedad y síntomas disociativos, así como niveles más altos de conductas potencialmente de suicidio, que las del grupo no violento. Los autores concluyeron resaltando la necesidad de intervenir correctivamente con estos grupos, como tomar medidas de prevención en las comunidades con mayores índices de violencia.

En las ciudades grandes, los homicidios se han convertido en la primera causa de muerte en jóvenes de grupos minoritarios, especialmente del sexo masculino, lo que ha llevado a los especialistas a dirigir su atención hacia la violencia comunitaria y sus efectos en la salud mental de las víctimas expuestas a ella. El concepto de violencia comunitaria se aplica tanto a las víctimas directas como a las que son testigos de los hechos de violencia. Los trastornos

más frecuentes por este tipo de violencia son el TEPT y la depresión (Foy y Goguen, 1998).

Una revisión reciente de 55 estudios sobre el TEPT en jóvenes, llevada a cabo por un grupo de investigadores en los EE.UU, reveló que en ocho de estos estudios el principal factor causante del trastorno tenía relación directa con la violencia en las comunidades donde residían. Así mismo, encontraron que el riesgo de exposición a la violencia era más frecuente en los bajos estratos sociales que en los altos, más en las áreas urbanas populares o marginales que en la urbanizaciones o comunidades organizadas, y más en la gente de color que en la gente blanca (McLain, et al., 1998; cp. Foy y Goguen, 1998).

La validación empírica de tratamientos terapéuticos específicos para abordar la violencia comunitaria es escasa. Al respecto, Foy y Goguen (1998) señalan que la terapia cognitivo conductual de grupo cuenta con alguna base empírica en términos de la frecuencia con la que ésta es usada en estos casos, y los beneficios de este tipo de intervención constatados en algunos de estos estudios. Sin embargo, según los autores, lo que mejor parece dar resultados son los programas de prevención tales como: el control de la tenencia de armas, a través del desarme colectivo; la implementación de programas de resolución de conflictos entre grupos que se adversan en la comunidad y en sus instituciones; mayor vigilancia en las comunidades; mayor organización en las comunidades y participación de los vecinos en programas de prevención de conductas de riesgo. No obstante lo anterior, los autores también consideran que el tratamiento terapéutico es necesario y reconocen la importancia que tienen los servicios de atención que ofrecen las unidades de intervención en crisis, las cuales se han venido multiplicando en los hospitales y en las instituciones de salud mental.

En lo que respecta a la efectividad de los tratamientos, Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock (1991) consideran que la mayoría de los estudios realizados con los

casos de violencia, tienen serios problemas metodológicos, especialmente en sus diseños y en la definición de la sintomatología específica del TEPT, lo que limita las conclusiones obtenidas. A pesar de estas limitaciones metodológicas, estos investigadores destacan el aporte de dos estudios sobre técnicas terapéuticas para el abordaje de la violencia. Uno de ellos es la investigación de Keane, et al. realizada en 1989 con veteranos de la guerra del Vietnam. En este estudio un grupo recibió relajación y desensibilización sistemática y otro no las recibió, hallándose en el grupo tratado un mejoramiento en los síntomas de reexperimentación, memoria y concentración, impulsividad e irritabilidad. A diferencia de esto, en el grupo no tratado no hubo ningún cambio. Otra investigación fue la realizada por Resick, et al. en 1988, en la que se compararon tres tipos de terapia en una muestra de mujeres víctimas de violación. Concretamente, a un grupo se le aplicó la técnica de inoculación de estrés, al otro terapia asertiva, al otro psicoterapia de contención, y el otro se mantuvo en lista de espera. Se halló que los tres tratamientos resultaron igualmente efectivos en reducir algunos de los síntomas del TEPT y tres de los síntomas asociados a la violación: miedo general y específico, intrusión, y evitación; sin embargo no se observó mejoría en depresión, autoestima y miedo social. El grupo en lista de espera no evidenció ningún cambio en los síntomas.

Animados por estos resultados, y por la escasez de investigaciones empíricas en el campo clínico y terapéutico sobre el abordaje terapéutico de la violencia, Foa, et al. (1991) realizaron un estudio comparativo entre terapia cognitivo-conductual y terapia de asesoramiento en el tratamiento del TEPT en víctimas de violación. La muestra estuvo constituida por 45 mujeres víctimas de violación que reunían los criterios del TEPT según el DSMIII-R, y cuyo evento traumático había ocurrido entre 3 y 12 meses antes de participar en el estudio. Se excluyeron los casos con desórdenes mentales de tipo orgánico, esquizofrenia, desórdenes paranoides, depresión severa, bipolar, o depresión acompañada de ilusiones, alucinaciones y/o conducta bizarra, abuso de alcohol o drogas, y asalto por el esposo u otro miembro de la familia. Los participantes

fueron asignados aleatoriamente a uno de cuatro grupos de tratamiento: (a) con exposición prolongada, (b) con inoculación de estrés, (c) con asesoramiento o terapia de contención, y (d) lista de espera. Se realizaron medidas antes y después del tratamiento y a los tres meses posteriores. Los resultados obtenidos revelaron diferencias significativas entre los tres tipos de tratamiento en el mejoramiento de los síntomas de TEPT, siendo el entrenamiento en la inoculación de estrés y la terapia de exposición prolongada más efectivos, que el asesoramiento o terapia de contención y que el no recibir ningún tratamiento. La terapia de inoculación de estrés fue la más efectiva al término del tratamiento (a corto plazo); sin embargo, la terapia de exposición resultó ser más efectiva a los tres meses del tratamiento (a largo plazo). Para sorpresa de los investigadores, los grupos que recibieron terapia de asesoramiento de contención y en lista de espera mejoraron los síntomas de hipervigilancia, pero no los de intrusión y evitación.

El TEPT se puede presentar por otros agentes externos como pueden ser los accidentes físicos (automovilísticos, ferroviarios, aéreos, laborales, domésticos... etc.), en los que igualmente, las personas afectadas experimentan serias amenazas a su integridad física y la aparición de los síntomas de TEPT. En los últimos años se viene prestando una mayor atención a este tipo de pacientes en lo que a su salud mental se refiere, además de aplicar el tratamiento médico según la naturaleza y características del daño recibido.

CAPÍTULO VII: ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS Y TRASTORNOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Los reportes de accidentes automovilísticos en nuestro país son realmente alarmantes: en el 2002 ocurrieron 86.634 accidentes viales, los cuales dejaron un saldo de 2.321 muertos (Gil, 2004). Se estima, según el crecimiento del parque automotriz, que esta cifra se ha ido incrementando en los últimos dos años. Según reporta Gil (2004), en América Latina mueren anualmente 14.8 personas por cada 100 mil habitantes; mientras que en Europa esta cifra se reduce a 11 personas por cada 100.000 habitantes. Este mismo autor señala que en el mundo más de 1.2 millones de personas perderán la vida y 50 millones quedarán discapacitadas a causa de accidentes automovilísticos, pasando en el año 2020 a ser este hecho la tercera causa de muerte en el mundo. En EE.UU más de 3 millones de norteamericanos sufren cada año accidentes automovilísticos, siendo éste el evento traumático más frecuente en la población masculina (25%) y el segundo en la población femenina (13.3%), y una de las causas principales del TEPT de corta duración, con una prevalencia de los síntomas de un año o menos (Blanchard y Hickling, 1998).

Schnyder, Moergeli, Klaghofer y Buddeberg (2001) hacen referencia al síndrome que, en 1866, denominó Erichsen "railway spine" para describir una serie de trastornos que padecían las personas que habían tenido algún accidente en la vía del tren. Este síndrome combinaba síntomas psicosomáticos e impedimentos para procesar información y, algunos autores, le han considerado como una de las raíces de la psicotraumatología moderna. Sin embargo, los efectos psicosociales por daños de accidente no han sido ampliamente estudiados, y los datos epidemiológicos siguen siendo inconsistentes. Esto puede deberse a que los accidentes de tránsito u otros particulares son vistos por la sociedad como eventos cotidianos.

Los resultados de un estudio epidemiológico realizado por Norris (1992) sobre la frecuencia y el impacto de 10 eventos potencialmente traumáticos, indican que los accidentes de vehículos presentan la combinación más adversa de frecuencia e impacto. Durante las primeras horas y días siguientes de sufrir un accidente, la mayoría de los pacientes tienen períodos cortos en los cuales ellos se sienten ansiosos o preocupados; y pueden ocurrir síntomas disociativos de corta duración en aproximadamente el 15% de las personas afectadas.

Según Schnyder, et al. (2001), la mayoría de los reportes señalan que el porcentaje de víctimas con síntomas de TEPT en los meses siguientes al accidente está entre un 8% y un 39%; no obstante, indican que en los últimos estudios estos porcentajes oscilan entre un 32% y un 34%. Sólo un 22% de las víctimas reportan morbilidad psiquiátrica, en la mayoría de los casos, asociada a desórdenes depresivos, y se presentan generalmente en los dos años siguientes al accidente.

Con la finalidad de evaluar la incidencia del TEPT en víctimas de accidentes con daños severos y predecir la permanencia de los síntomas, Schnyder, et al. (2001) realizaron una investigación longitudinal con una muestra de 106 pacientes intervenidos quirúrgicamente y recluidos en la unidad de cuidado intensivo de un hospital universitario. Estos pacientes fueron entrevistados entre el primer mes y los 12 meses después del accidente. La evaluación incluyó una entrevista clínica intensiva, la aplicación de varios instrumentos: "el Impact of Event Scale"; el "Clinician-Administered PTSD Scale", el "Sense of Coherence Questionnarie", y el Freiburg Questionnaire of Coping with Illness". Los resultados pusieron de manifiesto que el 20.8% de los pacientes tuvo síntomas de TEPT. Durante el año de seguimiento, dos pacientes sufrieron de TEPT y 13 (12.3%) presentaron algunos síntomas de TEPT. Finalmente, los autores hallaron que los factores de alto riesgo en la vida de los pacientes, el sentido de la amenaza de muerte, los síntomas de intrusión y el afrontamiento de los

problemas, contribuyeron significativamente a la predicción de los síntomas de TEPT, 12 meses después del accidente.

Blanchard, et al. (1996) realizaron un estudio de seguimiento prospectivo en una muestra de 132 personas víctimas de accidentes automovilísticos, que solicitaron ayuda médica a causa del accidente. Fueron evaluadas en tres lapsos de tiempo: 1-4 meses posterior al accidente, seis meses y 12 meses más tarde. De las 48 que inicialmente cumplieron todos los criterios de TEPT, la mitad fue dada de alta a los seis meses y las dos terceras partes al año del accidente. Usando regresión logística, se combinaron tres variables para identificar correctamente al 79% de los pacientes que fueron dados de alta y aquellos que aún no habían sido dados de alta a los 12 meses del accidente: puntajes iniciales sobre irritabilidad, sensación de acortamiento del futuro y aumento del nivel de vulnerabilidad que la persona siente cuando maneja de nuevo después del accidente. Cuatro variables se combinaron para predecir el 64% de varianza del nivel de TEPT a los 12 meses: abuso de alcohol y/o un desorden del Axis II al tiempo de la evaluación inicial, así como también el total de puntuaciones en los síntomas de hipervigilancia y evitación obtenidas en la evaluación realizada inmediatamente después del accidente.

También en un intento por predecir el TEPT, Koren, et al. (1999) analizaron varios estudios y categorizaron los factores de alto riesgo y predictores del TEPT en dos grupos: (a) pretraumáticos, entre los que se encuentran variables psicológicas (rasgos o factores disposicionales) y demográficas (educación, nivel socioeconómico, edad); y, (b) peritraumáticos (ocurren posterior al evento), entre los que se destacan el daño físico severo y la disociación. Así mismo, estos investigadores reportaron que existe un índice de estrés postraumático relativamente alto entre las personas que han sufrido accidentes de tránsito, si se compara este tipo de accidente con otros eventos traumáticos. A este respecto afirman que en años recientes los:

> Accidentes de tráfico han surgido en años recientes como la mayor causa de morbilidad psiquiátrica en general y del TEPT en particular. En efecto, los accidentes de vehículos se han encontrado liderizando la causa del TEPT en la población general. Estudios han demostrado que mientras el trastorno nervioso agudo exhibido por la mayoría de las víctimas de accidentes de tráfico se resuelve en unas pocas semanas, una porción significante de estos sujetos (10%-30%) muestran los síntomas de TEPT entre los seis (06) y los 18 meses después del accidente." (p. 368)

Fundamentados en estos hallazgos, estos investigadores realizaron un estudio longitudinal para evaluar el curso natural de los síntomas del TEPT y el grado en que el trastorno nervioso agudo predice el desarrollo de dichos síntomas en víctimas de accidentes de tráfico. En el estudio participaron 74 personas con daños físicos moderados causados por accidentes automovilísticos y 19 pacientes con cirugía ortopédica electiva debida a otras causas; con una edad promedio de 27.5 años; la mayoría del sexo masculino (66.7%), de clase media, y nivel de instrucción medio (promedio de 12 años de estudio). Fueron excluidos los pacientes con daño cerebral o que habían estado inconscientes por más de 10 minutos antes o durante la emergencia. Los pacientes fueron entrevistados dentro de la semana siguiente al accidente y posteriormente al mes, a los tres, a los seis y a los 12 meses. Al término de este tiempo les realizaron entrevistas estructuradas y unos cuestionarios de autoreporte para determinar el diagnóstico de TEPT sobre la base de los criterios del DSM-IIIR.

Los resultados mostraron que al año del accidente, de las 74 víctimas el 32% había desarrollado síntomas de TEPT. A diferencia de esto, ninguno de los 19 pacientes de cirugía ortopédica, desarrollaron síntomas del trastorno durante el año siguiente a la intervención. Los que presentaron los niveles más altos del TEPT, empeoraron sus síntomas en los tres primeros meses, en comparación con los que obtuvieron bajos niveles. Esta diferencia se mantuvo similar en los 6 y 12 meses siguientes. No hubo una relación significativa entre las características del estresor y TEPT.

El 67% de las víctimas de accidentes automovilísticos que desarrollaron los síntomas de TEPT también mostraron trastornos premórbidos y comórbidos: 11 con desorden afectivo; 8 con historia de antecedentes psiquiátricos en la familia; 5 con ansiedad. En este grupo, la frecuencia e intensidad de los síntomas del TEPT fueron elevadas desde la misma semana del evento traumático, y fueron empeorando progresivamente durante los tres meses siguientes. Al año, la mayoría de ellos aún presentaban síntomas del trastorno.

En conclusión, este estudio muestra en primer lugar, que una cantidad significativa de personas que sufren un accidente automovilístico desarrollará, en el transcurso del año siguiente al evento, síntomas de TEPT; en segundo lugar, el desarrollo del TEPT en un año puede predecirse en la misma semana después del accidente, dependiendo de la frecuencia y severidad de los síntomas relacionados con el TEPT; y, finalmente, los tres primeros meses siguientes al evento parecen ser cruciales para el desarrollo del TEPT.

Resultados similares fueron hallados por Ursano, Fullerton, Epstein y Crowley, (1999) en un estudio llevado a cabo en una comunidad suburbana. La muestra estuvo conformada por 122 víctimas seriamente afectadas a consecuencia de haber sufrido un accidente automovilístico (AA), y 42 personas que habían tenido accidentes menores de tipo no automovilístico (AM), sin mayores daños físicos. Ambos grupos se compararon en términos de la aparición del trastorno nervioso agudo y el TEPT crónico, sexo e historia de TEPT, durante 1, 3, 6, 9 y 12 meses después del accidente.

En el primer mes, hallaron que el 34.4% del grupo AA presentaba TEPT, en comparación con un 2.4% del grupo AM. Similarmente, a los 3 y 6 meses el porcentaje con TEPT en el grupo AA (25.2%) fue superior al obtenido con el grupo AM (18.2%). En el primer mes, el riesgo de tener TEPT fue mayor para las mujeres (51.7%) que para los hombres (18.7%), y mayor para las personas de color (58.6%) que para los blancos (26.9%). No obstante, a los seis meses estas

variables demográficas mostraron no ser factores de riesgo del TEPT. Las víctimas con una historia de TEPT tuvieron 8.02 veces más probabilidad de sufrir TEPT en el primer mes que los que no tenían historia del trastorno; y, a los tres meses, 6.81 veces más probabilidad de tener TEPT que los participantes sin historia del trastorno.

Los autores concluyen señalando que los índices de TEPT son altos en víctimas de accidentes automovilísticos graves y los síntomas persisten aún a los nueve meses de ocurrido el evento. Las mujeres presentan mayor riesgo del trastorno nervioso agudo que los hombres, pero menor riesgo de desarrollar TEPT crónico. Los individuos con una historia de TEPT tienen un riesgo más alto de presentar tanto el trastorno nervioso agudo como el TEPT crónico. No hubo diferencias significativas entre el grupo AA y el grupo AM en cuanto a los índices de depresión mayor, ansiedad generalizada, o trastorno de pánico en ninguno de los tiempos de evaluación fijados después del accidente.

En términos generales, la mayoría de las personas que han logrado sobrevivir a un accidente automovilístico grave no desarrollan posteriormente problemas mentales. En este sentido, Buckley (2005) estima que sólo un 9% presentará TEPT. Según el autor, los porcentajes son significativamente más altos en aquellos sobrevivientes que buscan ayuda profesional (60% promedio). De los que buscan ayuda y sufren el trastorno, entre un 3% y un 53% presentan también un trastorno de ánimo, especialmente depresión mayor, aproximadamente un 27% tienen desórdenes de ansiedad y un 15% de los que manejaban reportan miedo de conducir un vehículo nuevamente

En esta línea, McDermott y Cvitanovich (2000) estudiaron la prevalencia de TEPT y otros desórdenes psiquiátricos en niños afectados por accidentes automovilísticos. Los autores evaluaron una muestra de niños con edades comprendidas entre los 8 y 10 años, utilizando la evaluación clínica psiquiátrica estándar, a través de cuestionarios y entrevistas estructuradas realizadas tanto a

los niños como a sus padres. Los resultados revelaron una alta prevalencia de trastornos psíquicos, en comparación con el grupo control. El "Autoreporte de TEPT" reveló que el 22% de los participantes tenía un nivel de TEPT de moderado a severo, y el 35% tenía un nivel altamente severo. Hubo una alta correlación entre las puntuaciones del "Autoreporte de TEPT" y el diagnóstico clínico de TEPT. La percepción de amenaza y la subescala de internalización de la "Lista de Chequeo de la Conducta del Niño" correlacionaron significativamente con los puntajes del "Autoreporte de TEPT". Estos resultaron permitieron a los investigadores concluir que el TEPT es común después de un accidente automovilístico.

Con el propósito de conocer los efectos de la atribución de responsabilidad en eventos traumáticos, distrés, afrontamiento y síntomas de TEPT, Delahanty, et al. (1997) realizaron una investigación longitudinal en una muestra de 130 víctimas de accidentes automovilísticos con daños moderados, a quienes se les hizo un seguimiento a los 14-21 días, 3, 6, y 12 meses después del accidente. Los participantes fueron distribuidos en tres grupos: (a) responsabilidad personal, (b) otros responsables, y (c) un grupo control con 43 participantes. Inicialmente todas las víctimas presentaron elevados niveles en los síntomas intrusivos y una alta probabilidad de un diagnóstico de TEPT. El grupo de "otros responsables" mantuvo los niveles de distrés, aumentando entre los seis y doce meses posteriores al accidente, con mayores probabilidades de desarrollar TEPT.

El grupo de "responsabilidad personal" disminuyó la probabilidad de diagnóstico de TEPT; sin embargo, en este grupo la culpa como modo de afrontamiento incrementó los niveles de distrés. Este mismo grupo fue dado de alta más tempranamente que el grupo que responsabilizó a otros. Estos resultados sugieren que las personas con un locus de control interno tienen mayor posibilidad de mejorar los síntomas del TEPT que las personas con un

locus de control externo; pero, la culpa como estrategia de afrontamiento no ayuda a la recuperación total del trauma.

En resumen los estudios analizados sobre los efectos de los accidentes automovilísticos severos sugieren que el porcentaje de víctimas con TEPT es mayor en estos casos que en otros tipos de eventos traumáticos, por la frecuencia con que ocurren y el impacto de los mismos. La aparición del TEPT es más tardía, generalmente de tres meses a seis meses posteriores al evento. No hay acuerdo entre los autores sobre el nivel de morbilidad psiquiátrica asociado al trastorno. Generalmente la recuperación se logra en el primer año, salvo en aquellos casos en los que el trauma se relaciona con trastornos premórbidos y comórbidos, historia de traumas o severidad del daño físico. La intensidad de los síntomas iniciales son buenos predictores del desarrollo posterior del TEPT. Las personas que atribuyen a otros la responsabilidad del evento traumático son más propensas a desarrollar y mantener el trastorno. Las que lo atribuyen a su responsabilidad logran más rápido recuperarse del trastorno, pero si utilizan la culpa como estrategia de afrontamiento, disminuyen sus posibilidades de adaptación.

El interés por conocer todas las posibles variables psicológicas y los factores fisiológicos y físicos asociados a la prevalencia de los síntomas del TEPT, demanda a las disciplinas y servicios involucrados en la atención de pacientes con este tipo de trastorno, multiplicar sus esfuerzos en el campo investigativo, pues al respecto, los estudios sistemáticos continúan siendo escasos. Algunas de estas variables, como por ejemplo las psicológicas, han gozado de la preferencia de los investigadores; sin embargo, se han hecho algunos estudios sobre factores sociodemográficos asociados al estrés psicológico que pueden contribuir a la comprensión de los efectos y alternativas de tratamiento para estos trastornos.

CAPÍTULO VIII: GÉNERO Y TRASTORNOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

La identidad de género que se establece desde temprana edad ejerce una influencia significativa en la manera como el individuo procesa la información que recibe del medio, así como su forma de sentir y actuar ante los hechos que le acontecen. A este respecto es interesante conocer cómo se interpreta, por ejemplo, un evento traumático desde la perspectiva del género, si existen diferencias entre los hombres y las mujeres en sus respuestas al estrés, si existen diferencias entre ambos sexos en cuanto a la vulnerabilidad al estrés y cómo lo afrontan unos y otras.

Algunos autores consideran que las mujeres tienen un mayor riesgo de desarrollar TEPT después de un evento traumático, que los hombres (Breslau, Davis, Andreski y Peterson, 1991; Davidson, 2000; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson, 1995; Norris, 1992). En este sentido, Warren (2001) señala que en los reportes de los veteranos de la guerra se ha encontrado mayor número de mujeres que de hombres sufriendo de estos trastornos. Para Pies (2000), las mujeres son más susceptibles al TEPT porque están más expuestas que los hombres a ciertas situaciones de riesgo, específicamente se refiere a las violaciones y al abuso sexual; también son emocionalmente más reactivas que ellos frente a determinados factores, exhibiendo un alto nivel de vulnerabilidad.

El estereotipo sexual podría jugar un papel importante en la predominancia de ciertos tipos de estrés en las mujeres en comparación con los hombres. A este respecto Bensabat, et al. (s/f) consideran lo siguiente:

> Las mujeres enfrentan mucho más estrés en términos de posición baja, incertidumbre, impotencia (la cual incluye hostigamiento sexual), y falta de variedad (probablemente también presiones de tiempo, cuando éstas implican

> choques entre responsabilidades domésticas y profesionales). Por el otro lado, los varones enfrentan más el estrés causado por las horas insociables, los choques con los superiores, los conflictos con los colegas y las responsabilidades del trabajo. Por lo que se refiere a las respuestas al estrés las mujeres tienen más permitidos el llanto, renunciar, ausentarse y la debilidad general (respuestas de huida) y a los varones se les permite más el enojo, la agresión, y la autoafirmación (respuestas de pelea) (p. 80)

Es probable que haya un enfoque cultural en estas afirmaciones y quizás lo más importante que puedan estar revelando los estudios sea una variabilidad de naturaleza psicosocial. Son pocas las investigaciones sistemáticas y suficientemente controladas que se han realizado sobre la relación entre género y TEPT. La mayoría de los autores afirman que las mujeres representan un grupo de alto riesgo para el TEPT, pero son pocas las manifestaciones del cuadro de síntomas obtenidas del grupo de mujeres, teniendo en cuenta que la mayoría de los estudios sobre la sintomatología y curso de la enfermedad se ha realizado con sujetos del sexo masculino (Fullerton, et al. 2001).

Breslau, et al. (1991), en un estudio epidemiológico realizado en una muestra de 1007 participantes de ambos sexos pertenecientes a una organización de la salud, encontraron que el riesgo de desarrollar cualquier trauma era de 13% en las mujeres y de 6.2% en los hombres; y, las mujeres expuestas a eventos traumáticos fueron cuatro veces más vulnerables a desarrollar TEPT crónico que los hombres. Los autores atribuyen esta diferencia significativa a las situaciones a las que está expuesta la mujer: violación, con un riesgo para ellas de 49% en comparación con 1% en el grupo de hombres; otro tipo de asalto sexual sin violación, con un riesgo de 24% en las mujeres y 16% en los hombres; cautividad o secuestro con 78% de riesgo en la mujer y 1% en el hombre. Estos investigadores consideran que, aunque la mujer tiene un nivel del TEPT mayor que el hombre, ella está menos expuesta que él a situaciones o eventos traumáticos. Pero, una vez que es expuesta, tiene mayores probabilidades que el hombre de desarrollar el trastorno.

Norris (1992) realizó una investigación con una muestra de 1000 hombres y mujeres con el propósito de comparar ambos sexos en términos de las características de exposición al trauma y el tipo de estresores. Éstos fueron clasificados en tres categorías: (a) violencia, (b) desastres naturales, y (c) accidentes. El autor obtuvo una medida del distrés total y del TEPT, utilizando la Escala de Estrés Percibido (EEP) y la Escala de Estrés Postraumático, elaborada por el mismo autor. Los resultados de este estudio mostraron diferencias entre ambos sexos:

1. En cuanto a las categorías de estresores, las mujeres tenían mayores probabilidades de sufrir asaltos sexuales, mientras que los hombres tendían a sufrir más accidentes y estar expuestos a experiencias de combate. Las violaciones o asaltos sexuales fueron las causas más significativas del TEPT en mujeres (14%).
2. En cuanto a los niveles del TEPT, las mujeres mostraron una mayor tendencia a presentar índices elevados del trastorno, en comparación con los hombres, aun cuando la diferencia no fue estadísticamente significativa. Específicamente, entre los participantes que habían sido víctimas de acciones criminales, las mujeres mostraron síntomas del TEPT significativamente mayores que los hombres. Estos hallazgos sugieren que existe una diferencia entre hombres y mujeres, tanto en el riesgo de exposición según el tipo de estresor, como en el desarrollo del TEPT.

Resultados similares fueron obtenidos por Kessler, et al. (1995), quienes exploraron la prevalencia del TEPT en una muestra representativa de la población norteamericana de 5.877 personas, de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 15 y 54 años de edad, como parte de la Encuesta Nacional de Comorbilidad, usando para ello la Entrevista Compuesta de Diagnóstico Internacional. En esta investigación, el 60.7% de los hombres y el 51.2% de las mujeres reportaron haber tenido al menos un evento traumático. En los hombres, los eventos más frecuentemente asociados con el TEPT fueron: el

secuestro, exposición al combate, abandono infantil, agresión física, maltrato y abuso infantil. En las mujeres, los sucesos encontrados como más traumáticos fueron: secuestro, abuso sexual, violación, agresión física, amenaza con un arma y abuso infantil.

Este mismo estudio puso de manifiesto que cerca de un 30% de hombres y mujeres que estuvieron en zonas de guerra experimentaron TEPT y, en general, que muchas de las personas expuestas a un evento traumático desarrollaron, en los días y/o semanas posteriores, algunos de los síntomas del TEPT: aproximadamente el 8.2% de los hombres y el 20.4% de las mujeres padecieron el trastorno nervioso agudo.

Continuando con el impacto diferencial del TEPT en hombres y mujeres, Seedat y Stein (2000) consideran que, después de experiencias traumáticas tales como combates o asalto sexual, tanto los hombres como las mujeres pueden experimentar síntomas similares, incluyendo los del TEPT; sin embargo, los autores señalan que en los estudios epidemiológicos, realizados en varias poblaciones se han reportado niveles más altos de TEPT en mujeres que en hombres, y también diferencias entre ambos grupos en cuanto a la presentación clínica de los síntomas después del trauma. En un estudio realizado por estos mismos investigadores con pacientes que presentaban un trauma físico después de un evento de violencia, las mujeres tuvieron mayor probabilidad que los hombres de haber sido previamente asaltadas o heridas por un familiar o alguien conocido, pero tenían una menor probabilidad de haber experimentado abuso de sustancias en el tiempo del asalto y de requerir una cirugía de emergencia. En este sentido, una mejor comprensión de los factores particulares o más específicos que ocasionan unos niveles más altos de TEPT en las mujeres puede dar luces sobre la compleja patología del TEPT.

Así mismo, Fullerton, et al. (2001) en un estudio comparativo entre hombres y mujeres víctimas de accidentes automovilísticos, encontraron que las mujeres

presentaban índices más altos de TEPT que los hombres. Adicionalmente, se halló que las mujeres eran más propensas a los síntomas específicos de reexperimentación de sentimientos intensos de estrés en situaciones similares a las del accidente y a la reactivación de los recuerdos del accidente. Además, fueron 4.7 veces más propensas que los hombres a responder a los criterios totales del DSM-IV de evasión/insensibilización, y 3.8 veces más propensas a manifestar los criterios totales de agitación. Estos mismos investigadores examinaron la existencia de traumas previos, depresión y ansiedad sin incluir TEPT, disociación peritraumática, y los daños físicos de los pasajeros como posibles explicaciones de las diferencias en los niveles de estrés entre ambos sexos. A este respecto constataron que las diferencias entre los sexos en cuanto al TEPT después del accidente, no se explicaban por la existencia de un trauma previo, ni por disociación peritraumática, depresión o trastorno de ansiedad sin incluir TEPT. Sin embargo, encontraron que los síntomas de disociación peritraumática en el momento del accidente estuvieron asociados con un riesgo significativamente mayor en mujeres que en hombres.

No obstante, no en todas las investigaciones se han hallado diferencias por sexo en lo que respecta a la prevalencia del TEPT. En este sentido, Freedman, et al. (2002) realizaron un estudio longitudinal acerca de las diferencias de género y respuestas psicológicas al TEPT en víctimas de accidentes automovilísticos graves. La muestra del estudio estuvo conformada por 275 pacientes con edades comprendidas entre los 16 y los 65 años, recluidos en la sala del Hospital Hadaza en Israel. A cada paciente se le evaluó su nivel de estrés a la semana, al mes y a los cuatro meses del accidente. Los investigadores no encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la prevalencia y recuperación en los niveles del TEPT en las tres medidas posteriores a la ocurrencia del evento. Sin embargo, las mujeres presentaron una mayor prevalencia de los síntomas en el tiempo, así como un mayor nivel de trastornos de ansiedad generalizada. Las diferencias halladas entre ambos grupos estuvieron más relacionadas con experiencias traumáticas

previas al accidente y con los atributos que cada género hizo del accidente, que a los efectos del mismo accidente.

Saxe y Wolfe (1999) señalan que, si bien en la mayoría de los estudios epidemiológicos que relacionan el género y el TEPT se reporta que las mujeres tienen un mayor riesgo de sufrir TEPT que los hombres (de manera similar a como se observa con la depresión y la ansiedad), a pesar de que están menos expuestas a eventos traumáticos, estos resultados pudieran ser espurios debido a tendencias sistemáticas que se cuelan en las investigaciones sobre el género. Ahora bien, también consideran que estos hallazgos pueden estar indicando diferencias importantes entre hombres y mujeres si se toma como criterio las vulnerabilidades a los eventos traumáticos.

Partiendo de una perspectiva biológica, psicodinámica y de la cognición social sobre el género, estas autoras hicieron una revisión crítica de un grupo de estudios epidemiológicos que, si bien reconocen que fueron investigaciones bien diseñadas, no abarcaron suficientemente el espectro de la relación entre TEPT y género, y estuvieron de cierto modo teórica y culturalmente orientadas.

Según Saxe y Wolfe (1999), desde la perspectiva biológica, las evidencias de los estudios revisados sugieren que la morfología y funcionamiento del cerebro en las mujeres, así como la identificación de un número de sistemas de neurotrasmisores, las hace más vulnerables al TEPT: mayor sensibilidad a sufrir daños en el hipocampo; lateralización hemisférica y asimétrica menor; mayores niveles de noradrenalina y menores de cortisol en el eje hipotálamo-pituitaria-adrenalina, especialmente en el período menstrual; un sistema límbico con una mayor sensibilidad o responsibidad a los signos emocionales...; todo lo cual puede redundar en que los trastornos emocionales sean más frecuentes y marcados en las mujeres que en los hombres.

En lo que respecta a las reacciones fisiológicas asociadas al TEPT, Wolfe, et al. (2000) evaluaron a tres grupos de mujeres veteranas de la Guerra de Vietnam: (a) un grupo con diagnóstico de TEPT e historia de eventos traumáticos, (b) otro con el trastorno sin historia de eventos traumáticos, y (c) un tercer grupo control sin TEPT. Se halló que las mujeres con TEPT difirieron significativamente del grupo sin TEPT en reacciones fisiológicas como la actividad eléctrica de la piel y la presión arterial. La media en los niveles de reactividad para el grupo con TEPT e historia de eventos traumáticos se ubicó entre el nivel promedio de reactividad de los otros dos grupos. Aunque la severidad de los síntomas se correlacionó con la reactividad fisiológica global, los resultados sugirieron relaciones diferenciales en el nivel del racimo de síntomas. Los investigadores replicaron el estudio con un grupo de hombres y con otro de mujeres sobrevivientes de la guerra, no encontrando diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las medidas.

Las evidencias sobre la mayor vulnerabilidad biológica de las mujeres no son conclusivas, sino que forman parte de un grupo de hipótesis, la mayoría de las cuales se han intentado demostrar en estudios en los que no se han comparado directa y simultáneamente la estructura y funcionalidad del cerebro entre hombres y mujeres con TEPT, sino que han sido investigaciones independientes; de ahí la necesidad de incluir el género en los estudios neurobiológicos del TEPT.

Desde una perspectiva psicodinámica, Saxe y Wolfe (1999) se basan en la teoría del "ser en relación" desarrollada en 1986 por Jordan y Surrey, y en los trabajos de Miller realizados ese mismo año. Esta teoría explica las relaciones entre los géneros y sostiene que la mujer descubre el sentido de sí misma en sus relaciones con el otro, las cuales espera que sean cercanas, de mutuo cuidado o protección, de mutua responsibidad y afiliación, hasta el punto de que su autoestima depende de la calidad de sus relaciones interpersonales, su ser se orienta completamente hacia el otro, por eso son más empáticas en las

relaciones. Mientras que, para el hombre, el sentido de sí mismo se orienta más a su propia individualidad, percibiéndose a sí mismo como más independiente de la relación con los otros, por eso es más distante y menos empático.

Esta teoría explica en parte, por qué la mujer es más vulnerable que el hombre ante los eventos traumáticos, particularmente al trauma interpersonal (a ser traumatizadas a través de las relaciones interpersonales con alguien que ella conoce), y está más expuesta a ciertos estímulos estresores en los que está implicada otra persona (violencia doméstica, abuso sexual en etapas infantiles, asalto o violación).

Desde la perspectiva de la cognición social, los estudios ponen de manifiesto que el hombre posee un mecanismo por el cual minimiza el impacto del trauma en él y en las otras personas. Parte de este mecanismo tiene que ver con la reducción de la disonancia cognitiva entre la experiencia de un evento traumático y la percepción de poder o fortaleza que tiene de sí mismo para protegerse y proteger a otros. La construcción social que se tiene del género masculino es de fortaleza, actividad o agresividad, equilibrio, poder y protección. Todo lo contrario a las categorías sociales que describen al género femenino: vulnerabilidad, emocionalidad, pasividad, impotencia o desamparo, experiencias que son típicas en el TEPT.

Estas categorías o significados son reforzados por la familia, la escuela, la comunidad y, en general, por la cultura. Por muchas razones los individuos se ven motivados a aceptar estas nociones sobre las diferencias entre hombres y mujeres. Desde esta perspectiva, la experiencia de eventos traumáticos en las mujeres estaría asociada a las categorías del género femenino. Nótese que de estas interpretaciones no están exentos los mismos investigadores quienes, bajo su efecto, pueden estar minimizando el impacto de los eventos traumáticos en el hombre y maximizándolos en las mujeres.

Saxe y Wolfe (1999) consideran que el hombre y la mujer tienen distintas maneras de mostrar su experiencia traumática: la mujer tiende a expresarla a través de respuestas físicas y emocionales, y a informar los síntomas con mayor grado de intensidad. De tal forma que, el hombre puede tener las mismas experiencias, pero es más controlado al expresar tanto sus emociones como la magnitud de los síntomas. Por tanto, el estilo de expresar y reportar los síntomas por parte de las mujeres puede llevar a una sobrestimación de la prevalencia de éstos en las mujeres.

Por otra parte, en estudios recientes se ha encontrado que los hombres y las mujeres también difieren en la forma de manejar o afrontar el estrés (Foa, Keane, y Friedman, 2000; Weidner, 2004). En este sentido, Crespo y Cruzado (1997) compararon los modos de afrontamiento en función del sexo, encontrando que las mujeres puntuaban más alto en la Escala de Apoyo Social que los hombres, expresaban más sus emociones en relación con el evento traumático, buscando ayuda y aceptándola de los otros, y realizando actividades de distracción u ocupación del tiempo. Dunkel-Schetter, et al. (1992), en un estudio sobre mujeres con cáncer, encontraron que éstas utilizaban un mayor número de estrategias para afrontar las situaciones de estrés que el hombre, y que no tenían un estilo definido de afrontamiento del estrés causado por el diagnóstico de cáncer, sino que utilizaban un variado grupo de estrategias de control.

Adicionalmente, investigadores como De Brabander y Boone (1990); Joseph et al. (1993); y, Molinari y Khanna (1981) han reportado que las mujeres tienen un locus de control más externo, mientras que los hombres tienen un locus de control más interno. Sin embargo, Lee y Dengerink (1992) no han encontrado diferencias significativas entre ambos sexos en cuanto al locus de control. Concretamente, estos autores en un estudio transcultural sobre locus de control en relación con el género y la nacionalidad, hallaron que tanto los hombres como las mujeres puntuaron alto en la escala de control interno y que la naturaleza de

la percepción del control estuvo más influenciada por la cultura que por el género.

La mayoría de los estudios realizados hasta los momentos no dan una respuesta definitiva a la cuestión de si existe relación entre el TEPT y el género. Más bien reflejan que se trata de una relación multidimensional y compleja. Las diferencias entre hombres y mujeres con respecto a numerosas variables tales como tipos de trauma, contextos de exposición a eventos traumáticos, estilos de expresar y reportar las experiencias, estilos de afrontamiento, y tendencias teóricas de los investigadores, limitan las interpretaciones de los resultados relacionados con esas diferencias en términos del TEPT. Si bien abundan investigaciones sobre la relación de uno u otro sexo con el TEPT, especialmente sobre el sexo masculino, los estudios sistemáticos en los cuales se compara directamente a hombres y mujeres traumatizadas siguen siendo escasos y no permiten arribar a una conclusión definitiva al respecto. Esto refleja la necesidad de continuar investigando acerca de las diferencias entre los sexos en términos de sus respuestas a los eventos traumáticos y las experiencias que de éstos derivan.

A lo largo de las páginas anteriores se ha podido observar que el TEPT es un sistema complejo y multivariado en el que interactúan variables internas y externas al organismo, de naturaleza fisiológica, psicológica, social y física, y que afecta significativamente la calidad de vida de la persona que lo padece. Es un proceso defensivo, de naturaleza ansiosa, ante situaciones vividas intensamente y/o en forma prolongada como eventos traumáticos que desbordan la capacidad natural de integración cognitiva, emocional y conductual de la persona afectada. Su complejidad y multiplicidad justifican los esfuerzos que se han hecho, y se siguen realizando, tanto en el campo de la investigación como en las formas de abordar su tratamiento. En relación con este último aspecto, existe una variedad de métodos y técnicas en psicoterapia y un gran número de psicofármacos para el tratamiento de los síntomas de estrés postraumático.

Algunas terapias como la cognitivo-conductual, la terapia de grupo y la terapia de exposición parecen tener cierto éxito, dependiendo de la severidad de los síntomas y de las condiciones personales de los pacientes. En estas terapias los pacientes reviven repetidamente la experiencia traumática en condiciones controladas, sin embargo, se recomienda que las personas afectadas estén bajo medicación. En los últimos años han venido surgiendo otras terapias con un enfoque más ecléctico e integrativo entre las que se destaca la terapia EMDR o "Movimientos Oculares de Desensibilización y Reprocesamiento".

CAPÍTULO IX: LA TERAPIA EMDR Y SU USO EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

1. INICIOS DE LA TERAPIA EMDR

La terapia EMDR es una terapia psicológica de intervención breve, surgida aproximadamente hace unos 15 años, que se ha venido empleando con frecuencia en el tratamiento de diversos trastornos emocionales, tales como: estrés postraumático, fobias, ansiedad, ataques de pánico, trastornos de memoria, disociativos y depresivos. Su uso y beneficio se ha extendido a otras áreas de atención menos clínicas, como es optimizar el rendimiento y control en las actividades profesionales, artísticas y deportivas. Para muchos pacientes, esta terapia ha resultado ser de mayor utilidad para la solución de sus problemas que cualquiera de las otras terapias, por su brevedad, simplicidad y la rapidez con la que se alivian los síntomas.

Esta terapia tuvo sus inicios en 1987 y fue desarrollada por Francine Shapiro, psicóloga norteamericana, quien observó en su consulta que mientras los pacientes trataban de recordar sus eventos, sus ojos se movían de un lado para otro y seguidamente afloraban los recuerdos e imágenes de un evento traumático. También observó que estos movimientos oculares producían una notable mejoría o alivio en los pacientes, particularmente en lo que se refiere a la reducción de la intensidad afectiva de los pensamientos perturbadores. Shapiro (1989a) señala que este fue un descubrimiento accidental, al respecto relata que cierto día, caminando por el parque, observó cómo recuerdos perturbadores que venían a su mente de pronto desaparecían y cuando los traía voluntariamente de nuevo a la conciencia ya no tenían la misma carga afectiva. Observó detenidamente que, cuando aparecían estos recuerdos, sus ojos se movían

bilateralmente y una vez que esto ocurría sentía alivio de los sentimientos intensos que esas memorias despertaban en ella. A partir de estas observaciones, la autora decidió investigar en forma más sistemática y científica este fenómeno.

Shapiro (1989a) inició sus trabajos de EMDR con el tratamiento de estrés postraumático en los veteranos de la guerra del Vietnam y en los casos de mujeres abusadas sexualmente y/o maltratadas. Ambos casos fueron considerados como los problemas más serios de salud pública a finales de la década de los 70's e inicio de los 80's y demandaron de los clínicos una profunda revisión crítica de sus tratamientos. La autora indica que, si bien algunas terapias breves y sencillas tales como la desensibilización sistemática, propuesta en 1958 por Wolpe, y la de Flooding creada en 1967 por Stampfl y Levis, se venían practicando en el tratamiento del estrés postraumático de estos casos, dichas terapias tenían dificultades en algunos aspectos relacionados con el manejo de los recuerdos y, precisamente, para la mayoría de los clínicos, las respuestas a los recuerdos de un evento traumático específico, constituyen el principal factor en la manifestación de los síntomas relacionados con el TEPT.

Inicialmente la terapia fue denominada por la autora como "Eye Movement Desensitization" (EMD), y fue usada para el tratamiento de recuerdos traumáticos. Más tarde, en 1995 Shapiro le añadió el concepto de "Reprocessing" para referirse a un "procesamiento acelerado de la información", renombrándola tal y como se conoce actualmente "Eye Movement Desensitization Reprocessing" o con las siglas EMDR.

2. PRINCIPIOS Y BASES TEÓRICAS DE LA TERAPIA EMDR

Los principios y bases teóricas de la terapia EMDR se encuentran en varios enfoques psicológicos: conductual, cognitivo, psicodinámico, humanista-

existencial, Basic I.D., neurofisiológico y sistémico. Shapiro (1995b) utiliza el término "sinclético", y lo define como "síntesis de lo ecléctico", para referirse a la concurrencia e integración de estos diversos enfoques. La autora propone los siguientes principios teóricos que resumen el modelo EMDR.

2.1. *Toda persona tiene un Sistema de Procesamiento Adaptativo de la Información (SPAI) que es la base de su salud mental*: Según Shapiro (1995b), el SPAI es inherente a la naturaleza humana, se nace con él, y está configurado fisiológicamente para facilitar la salud mental, de la misma manera que el resto del cuerpo está hecho para sanarse por sí mismo cuando es herido. En este sentido, la autora se apoya en Abraham Maslow para afirmar que toda persona puede sanarse mentalmente y orientarse a la autorrealización, a estar bien consigo misma y con su entorno.

Shapiro (1995b) se fundamentó en los estudios de Bower (1981) y Lang (1977) sobre el concepto de SPAI, quienes fueron los primeros en proponerlo como un sistema de regulación de la salud mental. La autora asumió este concepto como clave en EMDR junto a las redes asociativas para explicar el reprocesamiento de la información en la terapia EMDR. Si este sistema funciona adecuadamente, la información (emocional, cognitiva, sensorial...) de un evento traumático será procesada en forma adaptativa y estará disponible en el futuro de manera integrada, lo que le permitirá a la persona que ha sufrido un acontecimiento traumático llegar a un estado de salud mental.

2.2. *El SPAI puede trabarse*: Cuando a una persona le ocurre una experiencia traumática, ésta se almacena en el cerebro con todos los estímulos que le acompañaron: imágenes, sonidos, olores, pensamientos, sentimientos y sensaciones; metafóricamente se dice que la información del evento traumático se "traba en el sistema nervioso". Si la experiencia es muy intensa, el SPAI puede "trabarse", producirse en él un bloqueo de la información, por lo que los pensamientos, sensaciones, emociones y sentimientos negativos quedan

almacenados en el sistema nervioso de forma inadecuada, lo que tarde o temprano, va a producir trastornos en la persona (físicos, emocionales, conductuales..), quien conscientemente, no los relaciona con la experiencia traumática.

En este sentido, Fernández y Solomon (2003) señalan que, en el caso del TEPT, el SPAI se bloquea por el alto grado de perturbación de un evento traumático. Por un lado está el elemento emocional, perturbador y, por otro lado, queda la experiencia o recuerdo almacenado fisiológicamente en el cerebro, como una experiencia no consciente. Son experiencias que el individuo inconscientemente reprime como defensa ante lo doloroso y traumático de la misma. En este sentido, los síntomas como pensamientos intrusivos, flashbacks, pesadillas, imágenes sensoriales y otros síntomas del TEPT, pueden resultar de la activación permanente de la información almacenada en forma inadecuada y de los intentos fallidos de un SPAI "trabado" por completar su mecanismo de procesamiento de la información en forma adaptativa.

2.3. *El bloqueo del SPAI afecta el pasado, presente y futuro de la persona*: El pasado se manifiesta por recuerdos traumáticos que quedaron fijados y se viven como si sucedieran en el presente; sus consecuencias perduran en el presente, muchas veces como si se tratara del primer día del evento. Se experimenta como ansiedad, angustia. En el presente se pueden identificar los síntomas que se recogen en el motivo de consulta y en general a través de los reportes del paciente, síntomas no conscientes como ansiedad, miedo a algo, tristeza, pánico. Se identifican también los disparadores, que son estímulos que desencadenan los síntomas en el presente, y las respuestas dadas a esos disparadores. El bloqueo del futuro viene dado por una ausencia de proyecto de vida, por interrupciones y bloqueos en el desempeño óptimo. La terapia EMDR trabaja con el pasado (el hecho o evento), con el presente (los síntomas o disparadores) y con el futuro (proyecto de vida y desempeño óptimo).

2.4. *Hay una base neurofisiológica que explica el SPAI*: Shapiro (1995b) parte del supuesto de que las experiencias negativas afectan el equilibrio neurofisiológico del cerebro. Por lo que la información (cognitiva, emocional, sensorial), como se señaló anteriormente, no llega a un estado de "resolución adaptativa".

Según la autora, las investigaciones han mostrado que el cuerpo calloso (que conecta los dos hemisferios cerebrales) parece quedar inhibido después que ocurre un evento traumático. Por una parte, cuando se recuerda la experiencia traumática hay una gran actividad en el hemisferio derecho del cerebro, en algunas partes del sistema límbico (específicamente en la amígdala y el hipocampo); y por la otra, el área de Broca que está en el hemisferio izquierdo y es responsable de integrar las experiencias personales al lenguaje, se bloquea. Así, la experiencia traumática que se almacena está constituida únicamente por fragmentos de información sensorial, no codificados verbalmente, de forma tal que, el organismo está invadido solamente por lo emocional, y lo emocional es experimentado sólo física y sensorialmente, y no cognitiva y verbalmente.

En este sentido, van der Kolk (1995) describe una de las hipótesis de lo que sucede en el cerebro cuando la persona sufre de TEPT y se bloquea el SPAI. Hay dos estructuras del sistema límbico que tienen que ver con el almacenamiento de las experiencias traumáticas: el hipocampo y la amígdala. La amígdala almacena memorias altamente cargadas de emoción, emociones tales como el miedo. Se sabe que la amígdala se activa cuando hay una amenaza traumática. El hipocampo almacena las huellas de tiempo y espacio, colocando los recuerdos en la perspectiva adecuada, en el lugar y el tiempo que ocupan en la realidad, pero cuando la persona sufre un evento traumático en forma intensa la actividad del hipocampo se suprime o se inhibe. Su función usual de poner un recuerdo en el pasado no se activa, lo que provoca que parezca que el recuerdo flota en el tiempo, a veces invadiendo el presente. De tal forma que la información de la experiencia traumática que llega a corteza prefrontal para ser

semánticamente interpretada e integrada es parcial, distorsionada y confusa. Al parecer, la activación de la amígdala, la inhibición del hipocampo y el bloqueo de la corteza prefrontal, concretamente el área de Broca están envueltas en el desequilibrio del SPAI, y como lo señala Rothschild (1997), este mecanismo, probablemente sea el responsable de los síntomas de reexperimentar constantemente el evento traumático y de su limitación para integrarlo semántica y conscientemente.

Van der Kolk (1995) resume la neurofisiología del bloqueo del SPAI y la ocurrencia del TEPT como sigue: La información sensorial entra al SNC vía los órganos sensoriales (ojos, oídos, tacto, nariz..), pasa al tálamo en donde es integrada sensorialmente, éste la trasmite a la amígdala y a la corteza prefrontal para ser evaluada y confrontada con información que ya está allí almacenada. La amígdala interpreta emocionalmente esa información, antes de que llegue a la corteza prefrontal en donde la información se hace consciente y semánticamente interpretada e integrada. Así, la evaluación sensorial de la información parece anteceder a la experiencia consciente. La amígdala trasmite la información a la corteza a través del hipocampo (adyacente a la amígdala), éste la almacena y, posteriormente la evalúa en términos de espacio y tiempo. Como se señaló anteriormente, el hipocampo ubica los recuerdos en el lugar y tiempo que ocupan en la realidad. Así, tálamo, amígdala, hipocampo y corteza prefrontal están envueltos en la integración, interpretación y almacenamiento de la información.

Esta integración parece interrumpirse, bloquearse, inhibirse cuando hay altos niveles de excitación, de ansiedad. La información no se trasmite adecuadamente a través de estas estructuras, se inhibe toda o parte de la información sensorial. La interpretación del significado de la información sensorial y el almacenamiento se bloquea parcial o totalmente. Un exceso de excitación en la amígdala genera respuestas emocionales e impresiones basadas en fragmentos de información más que en una percepción completa de

la experiencia u objetos. Dentro de la memoria semántica, los recuerdos de los eventos traumáticos son almacenados como sensaciones somáticas y como imágenes visuales no integradas. De esta forma, la información no es procesada e integrada adecuadamente sino que está disociada y expresada con elementos lingüísticos muy pobres. Así un evento traumático es almacenado en una forma específica, como imagen visual, como sensación somática, kinestésica, auditiva, olfativa y no semánticamente integrado.

2.5. *EMDR puede desbloquear la experiencia traumática, sanar los síntomas y orientar la persona hacia el futuro*: La terapia EMDR echa a andar el SPAI, actúa como un elemento de la activación de este sistema, de desbloqueo de las memorias y de procesamiento integrado de la experiencia traumática. De allí que, al aplicar una estimulación bilateral se trata de conectar e integrar la información sensorial, emocional y física de un evento traumático (en el hemisferio derecho), con lo cognitivo, semántico y verbal (en el hemisferio izquierdo).

Es un tratamiento que busca acelerar el proceso de abreacción y facilitar una integración adaptativa de la información traumática: La persona afectada, al describir su problema, comienza a procesarlo, tanto emocionalmente como cognitivamente, hasta expresarlo de forma muy intensa a través de conductas específicas (lágrimas, movimientos, palabras, imágenes, emociones, sentimientos...). La abreacción puede ocurrir antes, durante o después de la terapia EMDR, lo importante es que ésta la acelera.

Según Shapiro (1995b), la terapia EMDR parece facilitar el SPAI a nivel del cerebro. Al respecto señala que quizás el movimiento bilateral ocular, táctil o auditivo sea un mecanismo del cuerpo para activar el SPAI. En el sueño (estado crepuscular) se observan movimientos oculares rápidos (MOR), y se da un procesamiento no consciente de las experiencias. Este fenómeno se puede repetir en estado de vigilia, conscientemente, a través de la terapia EMDR. A

diferencia de la primera fase del sueño (MOR), esta terapia requiere que la persona permanezca despierta y consciente, para que pueda revivir las partes más perturbadoras del trauma, integrarlas adecuadamente y modificar las actitudes hacia él sin el riesgo de que este procesamiento sea interrumpido, como sucede en el sueño.

Antes del tratamiento EMDR, el recuerdo traumático se manifiesta a través de una imagen, una cognición, un afecto o emoción, una sensación corporal que está en su estado original, tal y como se dio inicialmente cuando ocurrió el evento traumático. Con la terapia EMDR se busca procesar y almacenar nuevamente esta imagen, cognición, afecto o emoción, y sensación corporal pero asociadas con un menor grado de perturbación, de una forma adaptativa. Si bien la terapia EMDR parece desbloquear el SPAI, no se sabe a ciencia cierta, cómo ocurren los cambios que se dan en el cerebro con el uso de esta terapia.

En función de estos principios, Shapiro (1995a) describe las fases de la terapia EMDR y los conceptos asociados, así como también señala las observaciones que deben ser tomadas en cuenta en el curso del tratamiento

3. DESCRIPCIÓN DE LA TERAPIA

Cuando a una persona le ocurre una experiencia traumática, ésta se almacena en el cerebro con todos los estímulos que le acompañaron: imágenes, sonidos, olores, pensamientos, sentimientos. Si la experiencia es muy intensa y no puede ser controlada, la persona se siente tan perturbada que se paraliza todo procesamiento del evento, el cerebro pareciera ser incapaz de procesar dicha experiencia de una manera normal. Por lo que los pensamientos y sentimientos negativos asociados a esa experiencia quedan "atrapados" en el sistema nervioso, causando trastornos emocionales en las personas. La terapia EMDR logra dos cosas importantes: por una parte, desinstala los recuerdos

negativos de esa experiencia y, por la otra, ayuda al cerebro a que procese e integre la información con todos los estímulos que acompañaron al evento traumático.

Shapiro (1989a) señala que el primer componente del procedimiento EMDR es "la generación de movimientos de los ojos, múltiples y rítmicos, de derecha a izquierda, mientras la persona está concentrada en el recuerdo a ser desensibilizado" (p. 432). De acuerdo con la autora, este procedimiento activa los lados opuestos del cerebro, liberando las experiencias emocionales que están almacenadas y activando el sistema neurofisiológico, base para la conexión mente-cuerpo.

La terapia EMDR ha evolucionado y se ha perfeccionado en los últimos años: Se han multiplicado las investigaciones, se ha ido profundizando en sus bases neurofisiológicas y psicológicas; y, progresivamente, se han ido incluyendo otras modalidades de movimientos como la estimulación táctil y auditiva.

Un resumen de las fases del proceso de intervención descritas por Shapiro (1995a), se presenta a continuación:

Primera Fase: Elaboración de la historia clínica del caso

El paciente hace un recuento del evento traumático y plantea su interés por trabajar un tema o problema determinado. En este inicio el terapeuta ayuda al cliente a definir el problema, contextualizándolo en el pasado, el presente y el futuro.

Antes de elaborar la historia clínica del paciente es importante explorar y tomar en cuenta un grupo de datos y observaciones, tales como: información y consentimiento sobre el método, condición jurídica del paciente, condición médica, de salud y farmacológica, beneficio secundario, apoyo social y apoyos

vitales, veracidad o autenticidad de la experiencia traumática, estabilidad y fuerza yoica, si se trata de uno o de múltiples eventos traumáticos, tendencias disociativas, condiciones internas o externas extremadamente adversas, realización de un contrato.

Se parte de una línea base, identificada con el acrónimo ***DICES* ASI** (D: disparadores, I: imagen interna específica, C: cognición, E: emoción, C: sensación, A: acción o conducta, S: salud, I: interrelaciones), que facilita estructurar y dar concreción al problema y actualizarlo en todas sus dimensiones.

Segunda Fase: Preparación del cliente

El terapeuta establece primeramente el rapport y el vínculo terapéutico, continúa el proceso informando al cliente sobre la técnica EMDR, solicitando su consentimiento para usarla en el proceso de ayuda y le da algunas instrucciones específicas sobre el procedimiento. Acuerda con el cliente la modalidad de movimiento bilateral que prefiere (ocular, táctil, auditivo). Se utilizan algunos recursos imaginativos, de visualización, para la preparación. En esta etapa se define el uso de una metáfora favorita del cliente para poner una distancia entre él y la experiencia traumática, y se establece un lugar seguro imaginario por parte del cliente.

Tercera Fase: Evaluación

El acrónimo **DICES** (disparadores, imagen, cognición, emoción, sensación), le da forma a esta etapa. En ella, se identifica(n) el(los) estímulo(s) que hoy (en el presente) ha(n) desencadenado la condición o el estado en el que se encuentra la persona (tema, recuerdo, evento o estímulo perturbador), se trae a la mente una imagen representativa del evento traumático, se identifica la creencia negativa del evento partiendo de dicha imagen, y se evalúa la creencia

positiva deseable utilizando para ello la Escala de Validez de la Cognición (VOC). Se evalúan también las emociones que despierta esa imagen en términos del grado de perturbación, a través de la Escala de Unidades de Perturbación (SUDS). Finalmente, se le pide al cliente que localice las sensaciones corporales asociadas a la perturbación.

Cuarta Fase: Desensibilización

Es la etapa más larga y de mayor cuidado, por las respuestas que pueden emerger y su intensidad. Se hace el proceso a través de la estimulación bilateral ocular, táctil o auditiva, mientras el paciente está concentrado en el recuerdo o experiencia que va a ser desensibilizada. Este es el procedimiento central de la terapia; es complejo y requiere de una especial atención y cuidado, y de todas las destrezas del terapeuta, pues es el momento en que se espera que ocurra la integración de la parte afectiva, cognitiva y sensorial de la experiencia traumática, que ésta se haga consciente para ser manejada y procesada en todas sus dimensiones y la persona pueda quedar liberada de su carga emocional. Durante y al final del proceso se chequea el grado de perturbación, para ello se utiliza la escala SUDS.

En esta etapa es esencial monitorear el curso de la imagen, de la cognición, de la emoción y de la sensación, observar si el procesamiento EMDR sigue por sí mismo, se traba o cesa. Dependiendo de cómo éste se desarrolle se utilizarán un grupo de estrategias de acercamiento o de alejamiento de la experiencia o evento traumático registrado en la imagen, la cognición o creencia, la emoción y la sensación.

Quinta Fase: Instalación de la creencia o cognición positiva

Una vez cumplido el proceso anterior se hace la instalación de los recursos cognitivos. Se aplica de nuevo la escala VOC con el propósito de evaluar de

nuevo la creencia positiva y compararla con la evaluación inicial de la misma. Se instala la creencia positiva utilizando los movimientos bilaterales.

Sexta Fase: Examen corporal

Se chequean de nuevo las sensaciones corporales, partiendo de las imágenes de la experiencia traumática y de la cognición o creencia positiva traumática. Se utilizan movimientos bilaterales y la escala SUDS.

Séptima Fase: Cierre

Se hace un cierre en el que el terapeuta hace un pequeño resumen de lo que fue la sesión e invita al cliente a realizar algunas tareas personales durante el tiempo que transcurre hasta la siguiente consulta. A veces hay que cerrar temporalmente el recuerdo de algún evento que no dio tiempo de ser totalmente elaborado y procesado en una determinada sesión y que necesariamente se tiene que dejar para la próxima consulta. En este caso, se suelen cerrar esas sesiones con imágenes o metáforas que signifiquen temporalidad o espacio provisional.

Octava Fase: Seguimiento

Ocurre en la siguiente sesión, en la que se hace un recuento de todo lo que se ha trabajado hasta el momento; se evalúan de nuevo cogniciones, emociones y sensaciones; se chequean las tareas previamente asignadas; se repasa el material de los contenidos asociados; se chequean los cambios, los recuerdos, emociones y sensaciones nuevas, si hay bloqueos emocionales y/o cognitivos. Se hace una integración completa del proceso tanto individual como "sistémica". Se enfoca cada vez en el futuro, hacia el desarrollo óptimo de la persona.

4. PROTOCOLO DEL DESEMPEÑO ÓPTIMO PARA EL TRABAJO DE CÁNCER

En la terapia EMDR se han desarrollado varios protocolos de intervención, teniendo en cuenta que hay grupos humanos diferentes, según la edad (niños y adultos), y condición física o mental (personas con depresión, trastornos alimenticios, cáncer u otra enfermedad grave). En la presente investigación se aplicaron dos protocolos: (a) el protocolo básico el cual se corresponde con el desarrollo secuencial de las fases anteriormente descritas, y (b) el protocolo de "desempeño óptimo", especialmente para el grupo con diagnóstico de cáncer. En el protocolo de desempeño óptimo la secuencia es la siguiente:

4.1. Crear un estado ideal, positivamente deseable, exitoso, agradable y realizable, se trata de una respuesta positiva, contraria a los disparadores. Un disparador es un estímulo que en el presente produce un recuerdo traumático que, a su vez, causa una respuesta fisiológica negativa; la cual no tiene una explicación aparente. Para crear el estado ideal se instala un ICES positivo (imagen, cognición, emoción y sensación, todos positivos), por medio de movimientos bilaterales los cuales deben ser pocos y lentos. Para cada disparador debe instalarse una respuesta positiva.

4.2. El estado ideal o respuesta positiva se vincula con un "ancla" que puede ser verbal o kinestésica. Ésta será un estímulo condicionado que cada vez que se aplique producirá un estado de bienestar y tranquilidad en la persona. Se instala también con pocos movimientos bilaterales.

4.3. Se desensibilizan los estímulos disparadores. Se inicia la desensibilización con pocos movimientos bilaterales y luego éstos se van aumentando en velocidad y número. El propósito es el de romper la conexión entre el disparador y la respuesta fisiológica. Se chequea el proceso a través de la

escala SUDS. La meta es bajar el efecto de todos los disparadores al nivel de cero.

4.4. Trabajar con las nuevas conexiones positivas ante los disparadores, con movimientos cortos y lentos. Se usa el anclaje. Si un disparador trae algo del pasado, algún recuerdo traumático que afecta a la persona, se puede seguir con los mismos movimientos bilaterales. Previamente se le informa al cliente que se va a entrar en un proceso de desensibilización del recuerdo negativo. Se puede seguir con el ICES, tal como se trabaja en el protocolo básico, o simplemente seguir con la desensibilización. Es importante que el trabajo de un evento traumático del pasado sea una opción del paciente, descartando previamente algún trastorno de tipo disociativo; en caso de que éste se presente hay que contener la abreacción con diferentes técnicas (relajación, respiración, lugar seguro, metáfora, técnicas de energía...). En el caso de personas más frágiles y afectadas se le lleva exclusivamente al enfoque positivo, concentrando todo el trabajo en el presente y en el futuro.

4.5. Una vez realizada la desensibilización se continúa fortaleciendo la nueva conexión entre el disparador y la respuesta fisiológica alternativa con más movimientos. Estas nuevas conexiones no son sólo cogniciones positivas, sino también emociones y conductas positivas.

4.6. Se practican las nuevas respuestas o la nueva conducta con el propósito de apoyar la desensibilización. Se hace el chequeo corporal, tal como se trabaja en el protocolo básico.

4.7. Se evalúan las consecuencias de estas nuevas respuestas.

4.8. Normalmente para el cierre se procede como en el protocolo básico. Se utiliza el reforzamiento para mantener las respuestas aprendidas

enfocándose exclusivamente en lo positivo del presente y del futuro. Se exploran posibles ganancias secundarias.

En la línea del Instituto de EMDR, el protocolo de desarrollo óptimo se utiliza con dos grupos distintos de clientes:

1. Grupo A, caracterizado por personas con bajo desempeño a causa de una historia de traumas, de poco o ningún éxito en la vida, con pocas oportunidades para adquirir habilidades que le permitan aprender a vivir con calidad de vida. En este grupo se ubican personas afectadas por abuso doméstico, adicciones, disociación, trastornos de personalidad u otro trastorno de naturaleza psicológica, personas afectadas por alguna enfermedad física grave o mortal; personas que han sido víctimas de una catástrofe natural, víctimas de la guerra o de un evento en el que ha estado expuesta la vida y cuyo trauma sea muy intenso con riesgos de disociación.

2. Grupo B, constituido por personas que quieren mejorar cada vez más, lograr más éxito del que tienen. Se caracterizan por un desempeño alto, con buenas posiciones y privilegios en la vida, personas competentes y de éxito, con un buen entrenamiento para el logro y sentido de la competencia. En este grupo se incluyen deportistas, ejecutivos, oradores, artistas, intelectuales y otros grupos similares.

Ambos grupos comparten algunos beneficios y exigencias en la terapia EMDR: Son tratados con un enfoque positivo en lugar de desensibilizarles lo negativo; en los dos grupos se hace énfasis en la conducta positiva, de logro, efectiva; y de ambos se espera un verdadero cambio conductual.

El protocolo básico es el que se utiliza en la mayoría de los casos. Aun en los grupos A y B, a veces se comienza con el protocolo de desarrollo óptimo y la misma condición del cliente o el desarrollo del proceso hace que el terapeuta

vaya al protocolo básico, con el previo consentimiento de la persona y según el criterio clínico del terapeuta sobre el estado del paciente.

5. DESARROLLO DE INVESTIGACIONES

Las investigaciones sobre la terapia EMDR se han multiplicado en los últimos años, desde los primeros trabajos de Shapiro (1989a). Los tipos de diseños generalmente utilizados en estas investigaciones han sido: (a) comparación EMDR-control placebo y lista de espera; (b) comparación EMDR-otros tratamientos; y, (c) comparación entre componentes activos de EMDR, especialmente entre los tipos de movimientos bilaterales que emplea la terapia.

McNally (1999) considera que el diseño tratamiento-lista de espera, no sólo es de uso frecuente en la investigación psicoterapéutica, sino que resulta muy útil cuando se trata de mostrar los beneficios de una terapia nueva, porque controla ciertas amenazas a la validez interna y muestra si verdaderamente el tratamiento funciona. Considera que la desventaja que tienen estos diseños es que no permiten obtener información para inferir por qué el tratamiento es o no efectivo. Por tanto, en los estudios que prueban una psicoterapia particular en comparación con un control-lista de espera no se puede excluir la posibilidad de que los beneficios que se logren puedan ser simplemente consecuencia de factores no específicos a la psicoterapia que se está probando, factores que son comunes a todas las terapias.

Por eso se aconseja el uso de un diseño de comparación entre la terapia que se desea evaluar y un control placebo, el cual provee más información acerca del mecanismo que está detrás de la efectividad de esa terapia porque controla los efectos no específicos de la terapia. Si se demuestra que la terapia evaluada es efectiva en comparación con la condición placebo (escucha, soporte o cuidado, rapport, expectativa de mejoramiento...), hay una gran certeza de que

la efectividad de la terapia no se debe sólo a factores que son comunes a otras terapias, sino a factores específicos de la terapia.

Como ya se señaló, en algunos estudios se ha comparado la terapia EMDR con otras terapias. Una ventaja es que se comparan directamente dos o más tratamientos con pacientes procedentes de la misma muestra. Además, las inferencias sobre la eficacia relativa de diferentes tratamientos son más fuertes que si las comparaciones se realizan utilizando sólo una terapia particular y un grupo control (sin tratamiento o con placebo).

No obstante, Borkovec (1993) critica los diseños en los que se comparan dos tratamientos porque a este tipo de comparación subyace la idea de que la condición control es otra terapia y esto resulta un control inadecuado debido a las diferencias que se pueden dar en cuanto a la calidad y efectividad con la que cada terapia es aplicada. Sin embargo, estos diseños son útiles siempre y cuando las terapias sean igualadas en cuanto a los factores no específicos y a la calidad de la aplicación de las terapias por parte de los terapeutas.

Este mismo autor considera que el diseño que consiste en desmontar componentes activos de la terapia EMDR es la manera óptima de controlar factores no específicos y generar datos que provean mayor certeza sobre los mecanismos de acción que están detrás de cualquier tipo de terapia. En este tipo de diseño, el investigador varía sistemáticamente los elementos activos de una técnica, usualmente incluyendo todos los elementos en una condición. Algunas veces la distinción entre el diseño con grupo placebo y el diseño de desmontar elementos activos, se hace difusa. Por ejemplo, una terapia de asesoramiento de apoyo puede ser usada, dependiendo de la extensión, como terapia de soporte o terapia de condición activa.

Shapiro (1989a) realizó su primera investigación sistemática con el propósito de evaluar la eficacia de EMD (Eye Movement Desensitization) en el tratamiento

de 22 pacientes con TEPT, veteranos de la guerra de Vietnam y mujeres abusadas sexualmente, con edades comprendidas entre los 11 y los 53 años. Utilizó un diseño pretest – postest para tres grupos: (a) Experimental (aplicación de EMDR); (b) control placebo (relato de la experiencia traumática); y, (c) control B: tratamiento retardado de EMDR. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a los grupos. Cada grupo fue evaluado antes, durante y después del tratamiento sobre: (a) su estado ansiedad, (b) niveles de creencia en la validez de sus cogniciones relacionadas con sus experiencias traumáticas, y (c) reporte de quejas. Las condiciones de medida, número de evaluaciones y tipo de ítems se aplicaron igual para los dos grupos.

Los resultados indicaron que, en lo que respecta a las emociones perturbadoras, el grupo que recibió la terapia EMDR mostró una disminución en la puntuación de la escala SUDS, al comparar las medidas antes y después de la terapia (Pretest= 7.45; Postest= 0.13), lo cual indica una reducción en el nivel de perturbación emocional relacionado con el recuerdo. A diferencia de esto, en el grupo control placebo hubo un ligero aumento en la puntuación de la escala SUDS (Pretest= 7.34; Postest= 8.0). En cuanto a la evaluación cognitiva, se halló que en el grupo que recibió la terapia EMDR, la validez de la creencia positiva deseada por los participantes subió luego del tratamiento (Pretest de VOC= 4.0; Postest de VOC= 7.0); mientras que, en el control placebo, la puntuación en esta creencia disminuyó (Pretest de VOC= 3.0; Postest de VOC= 2.0).

Tomados en su conjunto, estos resultados muestran la efectividad de la terapia EMDR para desensibilizar los recuerdos perturbadores de un evento traumático y que esta terapia es particularmente útil para cambiar las creencias sobre la situación experimentada. Es de resaltar que los efectos hallados inmediatamente después del tratamiento se mantuvieron durante los tres meses posteriores, observándose progresivamente el cambio y la disminución de los síntomas del TEPT.

Este estudió fue considerado metodológicamente inválido porque la autora fue al mismo tiempo psicoterapeuta, examinadora e investigadora. Sin embargo, tuvo un gran valor heurístico porque a partir de su publicación se desarrolló un boom de investigaciones sobre la terapia, el cual se continúa hoy en día.

Adicionalmente, Shapiro (1989b) llevó a cabo un segundo estudio con 22 víctimas de violación, acoso y combates de guerra. En este estudio, la autora comparó la terapia EMDR con un procedimiento modificado de inundación que fue usado como placebo para controlar la exposición al recuerdo y la atención prestada por el investigador. Los resultados pusieron de manifiesto los efectos positivos de la terapia EMDR, reflejados éstos en la Escala de Unidades de Perturbación (SUDS) y en los indicadores conductuales. Estos efectos positivos fueron independientemente corroborados durante las sesiones realizadas a lo largo de uno o tres meses luego del tratamiento. Este estudio careció de medidas estandarizadas y de una evaluación independiente que no fueran los reportes de cambio de conducta referidos por el terapeuta o por los familiares de las personas tratadas.

En relación con el TEPT, uno de los grupos con los que inicialmente se ha trabajado más, utilizando la terapia EMDR, es con los veteranos de guerra. Excombatientes de Vietnam, de la Guerra del Golfo, de Corea y de la misma II Guerra Mundial, han sido tratados con la terapia EMDR. Al respecto se han realizado varias investigaciones cuyos resultados sustentan la efectividad de esta terapia en el tratamiento del TEPT y otros desórdenes emocionales.

En esta línea, Boudewyns, Stwertka, Hyer, Albrecht y Sperr (1993) realizaron un estudio con 20 veteranos de guerra, los cuales fueron asignados al azar a tres grupos: (a) Uno que recibió dos sesiones de EMDR, (b) otro que recibió dos sesiones de EMDR –con ojos cerrados-, y (c) un grupo control que estaba bajo condiciones de otra terapia (la misma no fue reportada por los investigadores). Los resultados indicaron una disminución significativa en los niveles de estrés en

los dos grupos que recibieron EMDR, lo cual fue medido por un auto reporte de los niveles de estrés y el reporte de los terapeutas. No hubo cambios en las medidas fisiológicas que se practicaron a los participantes debido, según los investigadores, a un escaso tiempo de tratamiento (apenas dos sesiones). Sin embargo, los resultados fueron considerados lo suficientemente positivos como para justificar la realización de un estudio posterior.

En ese estudio posterior, Boudewyns y Hyer (1996) trabajaron con un grupo de 61 veteranos de guerra con TEPT crónico, quienes fueron asignados al azar a tres grupos: (a) un grupo que recibió EMDR, (b) otro que recibió EMDR-con-ojos cerrados, y (c) un grupo con terapia de grupo. En este último grupo, cada participante recibió ocho sesiones de terapia. Por su parte, los participantes de los grupos de EMDR y de EMDR-con-ojos cerrados recibieron de cinco a siete, y con ellos se trabajó entre una y dos situaciones de trauma recordadas por el paciente. Se halló que los participantes de los tres grupos reportaron mejoras significativas en la sintomatología del estrés (evaluada a través de entrevistas estructuradas), y no hubo diferencias significativas entre ellos. Sin embargo, los dos grupos que recibieron EMDR mostraron un mejoramiento significativo del estado de ánimo y de las medidas fisiológicas, comparados con el grupo que fue sometido a terapia de grupo.

Continuando con esta línea de investigación, Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund y Muraoka (1998) probaron los efectos del EMDR en 35 veteranos que venían sufriendo de TEPT crónico desde la Guerra de Vietnam. La evaluación de los participantes fue realizada por los terapeutas y por un asesor independiente y oculto durante nueve meses de seguimiento. Cada participante recibió 12 sesiones de EMDR, este número es el esperado para el grupo de combatientes. Los resultados mostraron una mejoría sustancial hasta el punto de verse libres de síntomas al final de la terapia. Hubo una disminución de los síntomas de TEPT del 78% en el grupo bajo la condición de EMDR. Esta terapia mostró ser

mejor en comparación con la de la relajación – biofeedback y con la terapia clínica rutinaria.

Enmarcados en lo relativo a la comparación entre distintas formas de aplicar el EMDR, Renfrey y Spates (1994) realizaron un estudio en el que evaluaron el rol de los movimientos oculares con 23 participantes, 21 de los cuales tenían diagnóstico de TEPT. Los investigadores compararon tres formas de EMDR: (a) EMDR con estimulación bilateral ocular aplicada por el dedo de un clínico, (b) EMDR con estimulación ocular bilateral producida por el seguimiento de una barra de luz, y (c) EMDR usando atención visual fija. Los participantes recibieron de dos a seis sesiones. Los resultados mostraron que las tres condiciones produjeron cambios positivos en varias medidas, aunque las condiciones en las que hubo movimientos oculares fueron catalogadas como más eficientes. En este sentido, hubo una eliminación del diagnóstico de TEPT en el 85% de los miembros del grupo de movimientos oculares, en comparación al 57% en el grupo de atención visual fija. No obstante, los resultados de este estudio no pueden considerarse como suficientemente confiables debido al reducido número de participantes que permanecieron hasta la fase de postprueba.

Por otra parte, se ha realizado un grupo de investigaciones sobre los efectos de EMDR en el mejoramiento de los síntomas de TEPT con otros grupos y situaciones generadoras de estrés, reportando resultados bastante clarificadores y positivos sobre esta técnica.

Entre estos estudios está el de Wilson, Becker y Tinker (1997) quienes hicieron un seguimiento durante 15 meses de los efectos de la terapia EMDR en una muestra de 66 adultos con trauma crónico y TEPT, 32 de los cuales tenían, previo al tratamiento, diagnóstico de síntomas específicos TEPT. Para ello, utilizaron un diseño grupo de tratamiento con EMDR y grupo con tratamiento retardado. En el estudio se incluyeron como variables demográficas el sexo, la edad, el nivel de educación, y el salario anual; así mismo, se incluyeron las

variables tipo de trauma y severidad de los síntomas. Los instrumentos empleados fueron: la Escala de Impacto de Sucesos (IES), el Inventario de Ansiedad-Rasgo (STAI), la Entrevista de Desórdenes de TEPT (según criterios del DSM-IV), y la Escala de Unidades Perturbadoras (SUDS). Los investigadores encontraron que sólo 5 de los 32 adultos diagnosticados con TEPT y tratados con EMDR, continuaron presentando los criterios del TEPT al término de los 15 meses de seguimiento, lo que significó un 84% de reducción del TEPT. También se encontró una reducción del 68% de los síntomas del TEPT parcial en todos los participantes, lo cual mostró que la mayoría de los pacientes respondió favorablemente al tratamiento y su mejoría se mantuvo en el tiempo.

Muestras de la efectividad de la terapia EMDR también fueron halladas por Marcus, Marquis y Sakai (1997), quienes evaluaron a 67 personas diagnosticadas con TEPT. La terapia EMDR demostró ser superior al Standard Kaiser Care que consistía en terapia individual cognitiva, psicodinámica o del comportamiento. Concretamente, después de tres sesiones y en el post-tratamiento el grupo de EMDR obtuvo puntajes menores que el grupo del Standard Kaiser Care, en las indicaciones de síntomas de TEPT, depresión y ansiedad. Después de tres sesiones, el 50% de los participantes de EMDR dejaron de cumplir los criterios diagnósticos de TEPT, comparado con sólo el 20% del grupo de Standard Kaiser Care. En el post-tratamiento, el 77% del grupo EMDR (incluyendo el 100% de los pacientes de trauma único) dejaron de cumplir los criterios para TEPT, comparado con el 50% del grupo control. Para estos investigadores, este estudio indica que la terapia EMDR es superior a los tratamientos comúnmente usados y que tiene una alta validez externa.

Rothbaum (1997) realizó un estudio con un grupo de 18 mujeres adultas, víctimas de violaciones, que sufrían de TEPT, las cuales fueron asignadas aleatoriamente a la condición EMDR o a un grupo control lista de espera. Se halló que después de tres sesiones de tratamiento de EMDR, el 90% de las participantes dejaron de cumplir con el criterio completo para TEPT, en

comparación al 12% del grupo del grupo lista de espera. Cuando los participantes del grupo control recibieron EMDR, se registró una respuesta similar.

También trabajando con mujeres que sufrían de TEPT, con conductas de alto riesgo e historia traumática, Scheck, Schaeffer y Gillette (1998) llevaron a cabo una investigación en la que 60 mujeres participantes fueron asignadas al azar a dos sesiones de EMDR o de escucha activa. Los resultados indicaron que las dos condiciones de tratamiento produjeron un mejoramiento significativo en las medidas de TEPT, depresión, ansiedad, y concepto de sí mismo. Sin embargo, los efectos de EMDR fueron más positivos en todas las áreas, excepto en el área del autoconcepto. El mejoramiento de los síntomas se mantuvo durante los tres meses de seguimiento en los dos grupos. A pesar que el tratamiento fue relativamente corto, las participantes de EMDR quedaron dentro de la primera desviación estándar en comparación con grupos normativos de no-pacientes para las cinco medidas. Estos resultados muestran que la terapia EMDR es superior a una condición que controla algunos de los efectos no-específicos del tratamiento tales como atención, rapport terapéutico y escucha activa.

Por otra parte, Edmond, Rubin y Wambach (1999) realizaron un estudio para evaluar la efectividad de EMDR con mujeres adultas, abusadas sexualmente cuando niñas. No se hizo evaluación diagnóstica de TEPT. En el estudio se asignaron aleatoriamente 59 mujeres a una de tres condiciones: (a) EMDR individual, (b) tratamiento individual rutinario, y (c) tratamiento tardío como grupo control. Con cada grupo se realizaron, seis sesiones de terapia. Los resultados del estudio mostraron diferencias significativas entre cada uno de los grupos sometidos a EMDR y tratamiento individual rutinario, y el grupo control en cuanto a la disminución de los síntomas, a favor de los dos primeros grupos. Inicialmente, en el post-tratamiento, no hubo diferencias entre los dos primeros grupos que recibieron terapia, ambas terapias fueron efectivas en la reducción de los síntomas de ansiedad, estrés postraumático y depresión; sin embargo, al

cabo de tres meses, los síntomas en los participantes tratados con EMDR mantenían su nivel de mejoría si se les comparaba con los que habían recibido tratamiento terapéutico rutinario quienes experimentaron un descenso en la mejoría de los síntomas.

Adicionalmente, Ironson, Freund, Strauss y Williams (2002) realizaron un estudio en el que compararon la terapia EMDR con la terapia de exposición imaginaria prolongada (TTP) en víctimas de trauma en un campo de trabajo. Sus resultados mostraron que las dos terapias tuvieron efectos positivos significativos. Pero, EMDR mostró superioridad en aspectos tales como la deserción. Así, fueron menos los participantes que desertaron en el grupo de EMDR. Por otra parte, siete de los nueve participantes de EMDR fueron tratados con éxito en tres sesiones activas, en comparación con sólo dos de los siete participantes de TTP, considerándose como éxito una reducción del 70% de los síntomas de TEPT.

Lee, Gavriel, Drummond, Richards y Greenwald (2002) compararon la efectividad de EMDR con una combinación de terapia de inoculación contra el estrés y exposición prolongada (SITPE; Foa, et al. 1999). Expertos previamente asesorados informaron de una fidelidad alta a los dos tratamientos en ambas condiciones. Veintidós sujetos que presentaron TEPT fueron asignados al azar a una de las dos condiciones de tratamiento. Cada sujeto fue también su propia lista de espera-control. Los resultados revelaron un mejoramiento clínico significativo en el post-tratamiento en ambos grupos, resultados que se mantuvieron durante tres meses de seguimiento. No obstante, la terapia EMDR fue más eficiente que SITPE y precisaba de menos horas de trabajo en casa. En la posprueba, la única diferencia que se encontró entre ambas terapias fue en la medida de intrusión del TEPT, en la cual el grupo con EMDR mostró una mejoría significativamente mayor. Durante el seguimiento, esta terapia evidenció ser mucho más efectiva.

Chemtob, Nakashima, Hamada y Carlson (2002) evaluaron los efectos de tres sesiones de EMDR, con niños que sufrían los efectos del Huracán Iniki. Treinta y dos niños que cumplían los criterios diagnósticos de TEPT, fueron asignados al azar a uno de dos grupos: (a) tratamiento EMDR y (b) condiciones de tratamiento postergado. Estos niños se caracterizaban porque no habían mejorado después de tres años y medio de ocurrido el huracán, y no habían respondido un año después del más reciente esfuerzo de dar tratamiento, ni tampoco con los más recientes tratamientos. En estos tratamientos se reportaron chequeos regulares sobre la fidelidad al tratamiento. Después de tres sesiones de EMDR, el 56% de los niños dejaron de responder a los criterios de diagnóstico de TEPT. Este mejoramiento clínico quedó de manifiesto en los inventarios de reacciones al TEPT, ansiedad y depresión. Estos cambios permanecieron estables durante los siguientes seis meses. Además, fueron menos las visitas de los niños a la enfermería de la escuela en el año después del tratamiento EMDR, en comparación con los años anteriores. Este es el primer estudio controlado en el que se evalúa esta terapia con niños y proporciona pruebas iniciales de la efectividad de esta terapia con niños traumatizados.

En lo que respecta a la efectividad de la terapia EMDR en el tratamiento de otros desórdenes, las investigaciones sobre depresión, fobias, ansiedad, trastornos de pánico, se han multiplicado en las últimas dos décadas. En este sentido, Hogan (2001) realizó un estudio utilizando un diseño pretest-postest en el que comparó los efectos de la terapia EMDR y la terapia cognitivo-conductual (TCC) en el tratamiento de la depresión. La aplicación de la primera se basó en la relación entre los eventos o experiencias negativas durante la vida de los pacientes y el inicio de un patrón de síntomas comunes entre el TEPT y la depresión. Como la terapia EMDR ha mostrado ser efectiva en el tratamiento del TEPT, se evaluaron los efectos de ambos tratamientos en los síntomas comórbidos a la depresión. También el autor investigó el nivel de satisfacción de los participantes por ambas terapias. La muestra estuvo conformada por 30

pacientes con síntomas depresivos que fueron asignados al azar a uno de los dos grupos de terapia. Se aplicaron cuatro sesiones de cada tipo de terapia.

Los resultados pusieron de manifiesto que ambos tratamientos resultaron positivos en la reducción de los síntomas depresivos y en la totalidad de los síntomas del TEPT. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto al nivel de depresión en la medida postest. Sin embargo, cuatro de los pacientes con EMDR reportaron una completa remisión de los síntomas depresivos y una amplia reducción de los mismos en la medida total, pero ninguno de los pacientes con TCC mostró un patrón similar de reducción de los síntomas. En cuanto al nivel de satisfacción, los pacientes con EMDR se mostraron más satisfechos que los de TCC. El hecho de la reducción de los síntomas depresivos reportados en el postest por ambos grupos sugiere la posible influencia de efectos que no son específicos del tratamiento.

Algunos investigadores (Debell y Jones, 1997; Lohr, Tolin y Lilienfeld, 1998; McNally, 1999), en su mayoría detractores de la terapia, consideran que los beneficios de la terapia EMDR son cuestionables tanto por lo variado y complejo de los diseños realizados, como por los problemas que pueda haber con respecto a la fidelidad al tratamiento por parte de los psicoterapeutas.

Uno de sus más firmes opositores es McNally (1999), investigador de orientación conductista, quien después de revisar varias investigaciones realizadas con la terapia EMDR, hace algunas inferencias críticas sobre la efectividad de la terapia, así como sobre los fundamentos teóricos en los que se apoya. Si bien reconoce los aportes de la terapia considera que ésta es superada en su efectividad por las técnicas de conducta y cognitivo-conductual, las cuales considera que siguen siendo superiores. Sus principales observaciones se reseñan a continuación:

1. Parte de la información acerca de la eficacia de la terapia EMDR viene de estudios en los que ha comparado la terapia con y sin movimientos oculares. Los resultados de estos estudios suscitan serios cuestionamientos acerca del rol del movimiento ocular en la efectividad de la terapia EMDR; en el sentido de que indican que es improbable que el mecanismo de estimulación ocular bilateral esté implicado en la hipotética relación entre movimiento ocular y actividad cerebral.

2. Los movimientos oculares bilaterales, y su asociación con el funcionamiento del cerebro, fue propuesto como el elemento específico de la terapia EMDR, diferente a las técnicas de conducta y de tipo cognitivo-conductual; no obstante, la terapia es efectiva con otros tipos de movimiento bilaterales, a veces con mejores resultados que si se utiliza el tipo ocular. Así, estas investigaciones fracasan a la hora de dar soporte a lo que sería el elemento activo y específico de la terapia, tal como fue propuesto inicialmente por Shapiro.

3. La misma Shapiro (1995b) propone que la terapia se puede aplicar con la modalidad de "fijación forzada de los ojos". Por lo que, lo único peculiar que le queda a la terapia es la "exposición imaginaria", pero este componente no es específico de la terapia EMDR, sino que es compartido por otras terapias y ha sido primeramente usado en la terapia conductual y cognitivo-conductual. En la actualidad es difícil saber si lo que está implicado en la efectividad de la terapia es el componente de la exposición imaginaria. El diseño de desmontar elementos activos tiene que ir más lejos en orden a desentrañar el rol de exposición imaginaria, relativos a otros elementos de EMDR.

4. La terapia EMDR parece ser más efectiva cuando se la compara con la terapia cognitivo conductual, pero la cantidad de evidencia es demasiado pequeña como para llegar a una conclusión firme. Se requiere de mayor cantidad de investigaciones comparativas con controles estrictos.

5. En los estudios no hay suficiente evidencia que demuestre que la fidelidad al protocolo que se sigue predice la efectividad de la terapia.

Similar postura es sostenida por Lohr, Tolin y Lilienfeld (1998) quienes, partiendo del enfoque de la terapia conductual, consideran necesario hacer una revisión crítica de los resultados de las investigaciones y del soporte teórico de la terapia EMDR, debido al desarrollo y extensión que ha tenido la terapia, que aún guardando mucha semejanza con las técnicas conductuales, sus seguidores la proponen como una alternativa a dichas técnicas para el tratamiento de desórdenes mentales. Es por ello que estos autores examinaron 17 estudios sobre la efectividad de la terapia y analizaron sus conceptos y mecanismos de acción. Esta revisión crítica les llevó a concluir que: (a) los efectos de la terapia EMDR están limitados ampliamente por índices de reportes verbales, (b) el movimiento bilateral ocular parece ser innecesario en el mejoramiento de los síntomas, y (c) los efectos reportados son consistentes con procedimientos no específicos. Además, consideran que el análisis conceptual de EMDR es inconsistente con los hallazgos científicos concernientes al rol del movimiento ocular. Por tanto, los autores señalan que, tanto a nivel empírico como teórico, la terapia EMDR debe ser ampliamente discutida y revisada.

Pitman, et al. (1996) examinaron el procesamiento emocional y sus resultados en 27 veteranos de la Guerra de Vietnam con TEPT crónico, durante la aplicación de la terapia EMDR. Utilizaron para ello un diseño cruzado, de dos modalidades: (a) con movimiento ocular, y (b) sin movimiento ocular. Los resultados mostraron un procesamiento emocional parcial, no hallándose diferencias significativas entre ambas modalidades de la terapia, excepto un ligero mejoramiento cuando se usaron los movimientos no oculares. Según estos autores, la terapia produjo un mejoramiento moderado, especialmente en la Escala de Eventos Traumáticos, y los mismos efectos que regularmente produce la técnica de imaginación por inundación y que han mostrado otros estudios.

Concluyen señalando que los resultados sugieren que la terapia EMDR no tiene un papel significativo en el procesamiento de la información en los casos de trauma y que son otros los factores, y no el movimiento ocular, los responsables de sus efectos terapéuticos.

En relación con el rol de la exposición imaginaria, Devilly y Spence (1999) compararon un proceso de tratamiento denominado "Tratamiento Trauma Protocolo" (TTP) con la terapia EMDR. El TTP consiste en la exposición imaginaria prolongada, exposición en vivo, entrenamiento en inoculación de estrés, y reestructuración cognitiva. Veintitrés personas civiles con TEPT fueron asignadas, en bloques no aleatorios, a ocho sesiones de tratamiento. Después de la sesión inicial que consistió en una explicación del tratamiento, el 31% de las personas con EMDR se autoexcluyeron antes de recibir la terapia. Los dos tratamientos fueron significativamente efectivos, pero el TTP fue el más efectivo. No obstante, los resultados de esta investigación deben interpretarse con cautela pues el estudio adolece de una serie de limitaciones. En este sentido, no hubo un asesor externo independiente, la distribución de los participantes a los grupos no fue al azar y, a pesar de que la integridad del tratamiento fue reportada como alta, un análisis de la descripción de los procedimientos usados en el EMDR indica una falta de conformidad a la práctica estándar, con muchas deficiencias en la práctica del tratamiento.

Perkins (2002) realizó una revisión y evaluación crítica de la literatura sobre la terapia y los puntos de confusión relacionados con sus bases empíricas y teóricas, con el movimiento ocular bilateral como componente específico de la terapia, y con algunos aspectos relativos a la fidelidad al tratamiento y a los resultados de los estudios empíricos. Según el autor, la confusión en torno a la terapia EMDR es debida fundamentalmente a las siguientes causas:

> (1) falta de validez empírica del modelo, incapaz de explicaciones convincentes sobre sus efectos como método terapéutico, (2) imprecisión y reportes selectivos de la investigación, (3) algunos

> estudios empíricos pobremente diseñados, (4) inadecuada fidelidad al tratamiento en algunos resultados de investigaciones, y (5) múltiples e imprecisas orientadas revisiones realizadas por un pequeño grupo de autores. (p. 2).

El autor concluye que en la terapia EMDR aún permanecen algunas confusiones, especialmente en cuanto a los componentes específicos de la misma y problemas relacionados con la validación empírica. Sin embargo, reconoce que como terapia para el tratamiento del TEPT ha recibido una validación empírica considerable. Para aclarar los resultados que se reportan en las investigaciones hace a los lectores e investigadores una serie de recomendaciones para que evalúen la literatura consultada sobre EMDR, tales como: contrastar los estudios citados en un trabajo con el cuerpo de la literatura sobre EMDR disponible, acceder a los artículos completos, estudiar a profundidad el método para evaluar la fidelidad de su uso en los estudios empíricos y, especialmente estar abiertos a los nuevos paradigmas o modelos que pueden surgir en la Ciencia y que generalmente crean una enconada resistencia en los defensores de los paradigmas tradicionales. Lo importante es continuar investigando sobre esta nueva terapia y sus aportes en el tratamiento de algunos trastornos mentales, entre ellos, el TEPT.

Tal como se ha podido observar, desde su fundación, la terapia EMDR ha dado lugar a un amplio grupo de investigaciones y reportes, unos favorecen su efectividad y otros la cuestionan. Es importante el apoyo que ha recibido de organizaciones de la salud mental, de reconocida trayectoria, como la International Society for Traumatic Stress Studies, la cual considera la validez que le han dado las investigaciones al uso de la terapia EMDR como tratamiento terapéutico del TEPT y de otros trastornos emocionales. Esta misma organización reconoce la adecuación y funcionalidad de sus procedimientos, técnicas, protocolos, teorías y discusión de criterios válidos de investigación clínica (Chemtob, van der Kolk y Pitman, 2000).

Los estudios anteriormente descritos muestran que el apoyo empírico de la terapia EMDR ha estado constituido por los resultados de investigaciones en las que se comparan sus efectos con los de otras terapias o condiciones terapéuticas, la mayoría de ellas de intervención en crisis o estrés postraumático. También hay un grupo numeroso de reportes controlados, gran parte de los cuales son estudios de casos, procurando en casi todos ellos una validez bastante aceptable. También se ha podido observar que las muestras utilizadas han sido en su mayoría procedentes de los contextos de la guerra, violencia y/o asalto sexual y de desastres naturales. Muy poco se ha investigado con respecto a la efectividad del EMDR asociada con variables psicológicas y de naturaleza física como enfermedades graves o accidentes.

La presente investigación tuvo como objetivo estudiar algunos de los factores psicológicos que pueden estar asociados a la efectividad de la terapia EMDR en el tratamiento de los síntomas del estrés postraumático en adultos en dos tipos de situaciones potencialmente generadoras del mismo: (a) la exposición a situaciones de violencia o accidentes automovilísticos graves, y (b) diagnóstico de cáncer. Uno de los factores psicológicos en cuestión es el tipo de reacción al estrés, el cual se abordó partiendo del modelo de los "Tipos de Reacción al Estrés" de Grossarth-Maticek y Eysenk (1990). Así mismo, se consideró al sexo como una variable que pudiera estar asociada a los efectos de terapia EMDR. Además, se propuso dentro del estudio la intervención de dos factores: (a) depresión y (b) locus de control, que pudieran estar interactuando con los tipos de reacción al estrés, la situación generadora de estrés y el sexo, asociados a la efectividad de la terapia EMDR.

III. MÉTODO

1. PROBLEMA DE ESTUDIO:

1.1. ¿La terapia EMDR es efectiva en el tratamiento de los trastornos de estrés postraumático en adultos?

1.2. ¿Las variables tipos de reacción al estrés, situación generadora de estrés y sexo están asociadas a la efectividad de la terapia EMDR en el tratamiento de los trastornos de estrés postraumático en adultos?

1.3. ¿La relación entre los tipos de reacción al estrés y la efectividad de la terapia EMDR en el tratamiento de los trastornos de estrés postraumático en adultos, está mediatizada por las variables psicológicas depresión e internalidad total?

1.4. ¿La relación entre la situación generadora de estrés y la efectividad de la terapia EMDR en el tratamiento de los trastornos de estrés postraumático en adultos, está mediatizada por las variables depresión e internalidad total?

1.5. ¿La relación entre el sexo de los sujetos y la efectividad de la terapia EMDR en el tratamiento de los trastornos de estrés postraumático en adultos, está mediatizada por las variables depresión e internalidad total?

2. HIPÓTESIS:

2.1. La aplicación de la terapia EMDR es efectiva en el tratamiento de los trastornos de estrés postraumático en adultos.

2.2. La efectividad de la terapia EMDR en el tratamiento de los trastornos de estrés postraumático en adultos varía en función de los tipos de reacción al estrés.

2.3. La efectividad de la terapia EMDR en el tratamiento de los trastornos de estrés postraumático en adultos varía en función la situación generadora de estrés.

2.4. La efectividad de la terapia EMDR en el tratamiento de los trastornos de estrés postraumático en adultos varía en función del sexo de los sujetos.

2.5. La relación entre los tipos de reacción al estrés y la efectividad del EMDR está mediatizada por las variables depresión e internalidad total en adultos que padecen TEPT.

2.6. La relación entre la situación generadora de estrés y la efectividad del EMDR está mediatizada por las variables depresión e internalidad total en adultos que padecen TEPT.

2.7. La relación entre el sexo de los sujetos y la efectividad del EMDR está mediatizada por las variables depresión e internalidad total en adultos que padecen TEPT.

3. VARIABLES

3.1. Variables Independientes:

3.1.1. Terapia EMDR (Movimientos Oculares de Desensibilización y Reprocesamiento)

La terapia EMDR es un procedimiento psicoterapéutico de intervención breve que consiste en dar estimulación bilateral, ocular, táctil o auditiva, a través de movimientos rítmicos y múltiples de derecha a izquierda, mientras la persona tiene presente el recuerdo a ser desensibilizado. Este procedimiento activa los lados opuestos del cerebro, liberando las experiencias emocionales que están almacenadas y activando el sistema neurofisiológico, base para la conexión mente-cuerpo (Shapiro, 1995a).

Se aplica en una variedad de trastornos psicológicos tales como estrés postraumático, ansiedad, ataques de pánico, fobias, confusiones y/o pérdidas de la memoria, trastornos depresivos. También resulta muy útil para mejorar el rendimiento en muchas actividades profesionales, artísticas y deportivas.

3.1.2. Tipos de reacción al estrés

Definición conceptual: Denominados también por los fundadores del modelo, Grossarth-Maticek y Eysenck (1990), como "tipos de reacción personal o psicosocial", se refieren a un grupo de características agrupadas en seis categorías de rasgos que intentan explicar la participación de factores psicológicos en los trastornos psicosomáticos. Los tipos en cuestión son los siguientes:

Tipo 1: *Predisposición al cáncer.* Las personas con este rasgo son altamente conformistas, inhibidas afectivamente y dependientes especialmente de las personas que aman. Sus reacciones ante las situaciones o eventos traumáticos

son de pérdida de control, de indefensión y desesperanza, idealizan los objetos emocionales y reprimen la expresión abierta de sus emociones. La dimensión que predomina es la hipoestimulación.

Tipo 2: *Predisposición a la enfermedad coronaria.* Las personas en las que predomina este rasgo reaccionan al estrés de forma intensa, a través de emociones como la ira, la agresividad y la irritación que forman parte de un cuadro de excitación general. Hacen evaluaciones extremas de lo que les perturba y se les dificulta mucho mantener relaciones emocionales estables. Este tipo, además de predisponer a la cardiopatía coronaria, también lo hace a los infartos cerebrovasculares. La dimensión que predomina es la *hiperexcitación.*

Tipo 3: *Tipo histérico.* Pertenecen a este tipo, individuos cuyas características suelen alternar entre los dos primeros tipos de reacción al estrés (tipo 1 y el tipo 2), por lo que se considera protector tanto del cáncer como de la cardiopatía coronaria. En sus reacciones al estrés pasan con facilidad de la indefensión a la ira, de la desesperanza a la irritabilidad y la agresividad. La dimensión que predomina es la *ambivalencia.*

Tipo 4: T*ipo saludable o protector de la salud.* Se trata de individuos en los que predominan los rasgos de independencia, autonomía y libertad en su comportamiento. Atribuyen a la autonomía personal y a la del otro el origen de la felicidad y el bienestar. Ante el estrés reaccionan de forma adecuada y realista, aceptando la autonomía del otro por lo que igualmente exhiben conductas de acercamiento o alejamiento del objeto que aman, sin sufrir perturbaciones. La dimensión que predomina es la autonomía personal.

Tipo 5: *Tipo racional-antiemocional.* Estas personas tienen gran dificultad para expresar sus emociones, suelen inhibir, negar o eliminar toda manifestación emocional o afectiva. Sus reacciones al estrés son muy racionales, frías, carentes de toda expresión emocional. Por lo que a menudo se encuentran en este tipo a personas con disposición a la depresión y al cáncer. La dimensión que predomina es lo *racional sobre lo emocional.*

Tipo 6: *Tipo psicopático.* Las personas con este rasgo reaccionan al estrés con comportamientos antisociales, frialdad y distancia emocional; sus reacciones son calculadas, pudiendo llegar a un comportamiento criminal. Tienen predisposición al consumo de drogas y al alcohol. La dimensión que predomina es de naturaleza psicopática.

Definición operacional: Puntuaciones obtenidas en el Inventario de Reacciones Interpersonales - Forma Breve -SIRI) elaborado por Grossarth-Maticek y Eysenck (1990), traducido al Español y adaptado por la autora del presente trabajo. En

este inventario, cada subgrupo de ítems representa uno de los seis tipos de reacción al estrés. En los subgrupos correspondientes a los tipos 1, 2, 3, 5, y 6 la puntuación máxima es 10, indicando que el sujeto contestó Sí a todos los ítems del grupo. En el tipo 4 la puntuación máxima también es 10 y resulta del promedio de las respuestas afirmativas dadas a todos los ítems correspondientes al tipo 4a y 4b. Los seis tipos se agrupan en dos categorías: (a) saludable (tipos 3, 4, y 6), y (b) no saludable (tipos 1, 2, y 5). Esta última categorización se asume para efectos del presente trabajo.

3.1.3. Situaciones generadoras de estrés postraumático: Incluye dos modalidades. La primera describe dos situaciones en las que el estímulo generador del estrés ya ocurrió: (a) exposición a situaciones de violencia urbana, o (b) exposición a accidentes automovilísticos graves. La segunda describe una condición física, como es el diagnóstico de cáncer de mamas o de próstata, en la que el estímulo de estrés aún está presente.

a) Exposición a situaciones de violencia urbana:

Definición conceptual: Situaciones de agresión en las que se violenta directamente la integridad física, psicológica y moral de la persona agredida. Se trata de situaciones de violencia específicas, tales como: agresión física, asalto o robo, intento de asesinato, terrorismo, extorsiones o secuestros.

Definición operacional: Registro en la encuesta de datos personales, por parte del entrevistado, de la presencia de al menos una experiencia de exposición a una situación de violencia en los que él haya sido la víctima directa.

b) Exposición a accidentes graves:

Definición conceptual: Experiencias intensas y significativas de peligro y amenaza de la integridad física ocasionada por un accidente automovilístico grave.

Definición operacional: Registro en la encuesta de datos personales, por parte del entrevistado, de haber experimentado al menos una situación de accidente automovilístico grave.

c) Diagnóstico de cáncer:

Definición conceptual: Conocimiento por parte del paciente de los resultados de un informe médico en el que se le diagnostica cáncer (de mamas o de próstata). La persona que lo padece experimenta realmente que la enfermedad amenaza su integridad física, según es considerado por el criterio médico.

Definición operacional: Diagnóstico médico de cáncer de mamas o próstata, registrado en la encuesta de datos personales por parte de la persona entrevistada.

3.1.4. Sexo:

Definición conceptual: "Conjunto de características físicas y biológicas que diferencian al macho de la hembra" (Enciclopedia Barsa, 1981)

Definición operacional: Registro que hace el sujeto en la encuesta de datos a través del cual se identifica como perteneciente al género masculino o femenino.

3.2. Variables intervinientes:

3.2.1. Depresión:

Definición conceptual: En el DSM-IV (APA, 1994) se clasifica la depresión dentro del grupo de trastornos de estado de ánimo, cuya característica fundamental de diagnóstico es la presencia de uno o más episodios de depresión, sin historia de episodios maníacos o hipomaníacos. En términos generales, la mayoría de las aproximaciones teóricas sobre depresión coinciden en que en ésta hay síntomas y características comunes entre los que destacan: la pérdida de significado y de interés por la vida, tristeza o melancolía, sufrimiento y pérdida de control sobre el medio, actitud de indefensión, abatimiento, pérdida de energía, ausencia de vías de superación, un patrón de pensamiento de auto derrota, e ideas de suicidio.

Definición operacional: Puntaje total obtenido en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (EDCEE) de Radloff y Locke (1986). En esta escala, a mayor puntaje total, mayor frecuencia de aparición de sentimientos o conductas indicativos de depresión.

3.2.2. Internalidad total:

Definición conceptual: Dimensión general del locus de control resultante de las dimensiones de internalidad y externalidad (Levenson, 1974).

Definición operacional: Puntaje de internalidad total obtenido en la escala de Locus de Control de Levenson (Versión Romero García, 1979), mediante la siguiente operación: IT= (I x 2) - (OP + Az), donde IT = Internalidad Total; I= puntaje obtenido en la subescala de locus de control interno; OP= puntaje obtenido en la subescala otros poderosos; y Az= puntaje obtenido en la

subescala de azar. En esta escala, un puntaje positivo representa mayor nivel de internalidad y un puntaje negativo representa mayor nivel de externalidad

3.3. **Variable dependiente:** Trastornos de Estrés Postraumático (TEPT)

Definición conceptual: De acuerdo a los criterios del DSM-IV (APA, 1994), el TEPT aparece cuando la persona ha estado expuesta o ha sido testigo de un evento traumático intenso que implica muerte, amenaza o pérdida inminente de su integridad física y/o la de otros. La intensidad, duración y cercanía a la exposición del evento traumático determinan la probabilidad de que el trastorno ocurra. Tres grupos de síntomas lo definen: (a) reexperimentación del evento, (b) evitación de las situaciones o estímulos asociados al evento, y (c) aumento persistente de la excitabilidad. Todo ello asociado a respuestas emocionales intensas de miedo, horror e indefensión o pérdida del control.

Se asumió el criterio temporal para identificar el tipo de trastorno estrés postraumático crónico registrado en la encuesta de datos, en términos de la permanencia de los síntomas del TEPT después del tercer mes, hasta un máximo de 15 meses posteriores al evento.

Definición operacional: Puntuaciones obtenidas por los participantes en la Lista de Chequeo de Síntomas de Los Ángeles (LASC) creada por L. King, D. King, Lesking y Foy (1995), actualizada según los criterios del DSM-IV para el diagnóstico del TEPT (APA, 1994): (a) trastornos específicos del TEPT, y (b) ajuste y dolor. En esta Lista de Chequeo a mayor puntuación mayor severidad de los síntomas específicos del TEPT y problemas de ajuste y dolor.

El mejoramiento de los síntomas de TEPT durante la intervención también se evaluó en términos de las diferencias de medidas en la "Escala de Unidades

Subjetivas de Perturbación" (SUDS) y en la "Escala de Validación de las Cogniciones" (VOC) (Shapiro, 1995a), al inicio y término de cada sesión terapéutica. Esta evaluación se consideró sólo dentro del proceso de intervención y no para el análisis estadístico de los datos.

3.4. Variables Controladas:

3.4.1. Desórdenes disociativos:

En el DSM-IV (1994) el rasgo distintivo de este grupo de desórdenes mentales es la alteración en las funciones integrativas de la conciencia, memoria, identidad, o percepción del ambiente, que afecta el funcionamiento general del paciente, sus relaciones interpersonales y su desempeño laboral.

Para efectos de este trabajo, se midió la tendencia a padecer este tipo de desorden mental por la frecuencia de experiencias disociativas registradas por los participantes en un rango de 0% a 100% en la Escala de Experiencias Disociativas (EED), de Putnam y Bethesda (1989; cp. Shapiro, 1995b). Un puntaje promedio mayor de 34 fue criterio suficiente para descartar a los participantes de la muestra.

3.4.2. Otros cuadros psiquiátricos severos: La elaboración de la historia clínica de los participantes, además de realizar la exploración y descripción del problema relacionado con el TEPT, permitió identificar sí las personas presentaban otro cuadro psiquiátrico, en cuyo caso, estos participantes fueron excluidos de la muestra.

4. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

En función del lugar en que se realizó, el presente trabajo se trata de una investigación de campo, en la medida en que en la misma se estudiaron los fenómenos en el lugar en el que estaban ocurriendo. En este sentido, se estudió la presencia de estrés postraumático en individuos provenientes de la consulta en varios hospitales y clínicas del área metropolitana, de los cuales se seleccionó la muestra de estudio.

En cuanto al grado de control que se ejerció sobre las variables, la presente investigación es cuasiexperimental dado que se ejerció un control activo de la condición de tratamiento de los participantes (Kerlinger, 1998). Concretamente, se aplicó la terapia EMDR a dos grupos de la muestra y no se aplicó a los dos grupos control. Por otra parte, las variables situación generadora de estrés y sexo se controlaron pasivamente, mediante su registro en la encuesta de datos, puesto que ambas variables ya estaban dadas en los participantes.

De modo similar, la variable tipos de reacción al estrés se controló mediante su medición a través del Inventario de Reacciones Interpersonales de Grossarth-Maticek y Eysenck – Forma Breve (1990). Específicamente, a todos los participantes se les aplicó el instrumento y, a partir de la puntuación obtenida, se les categorizó en uno de los dos tipos de reacción al estrés: (a) saludable o (b) no saludable.

No fue posible tener control sobre todas las variables extrañas potencialmente relevantes. Por otra parte, los participantes no se asignaron aleatoriamente a los grupos, ya que se trataba de grupos previamente constituidos; sin embargo, se aseguró la equivalencia inicial de todos los grupos (Arnau, 1981; Kerlinger, 1998), en términos de la variable trastorno de estrés postraumático (en sus dos dimensiones: síntomas específicos del TEPT y síntomas de ajuste) según los criterios del DSM-IV (APA, 1994) y de la LASC.

Así mismo, se procuró un número similar en las variables tipos de reacción al estrés, situación generadora de estrés y sexo.

Se utilizó un diseño cuasiexperimental pretest – postest, con dos grupos control. Concretamente se trabajó con dos grupos experimentales que recibieron la terapia EMDR: (a) grupo con diagnóstico de cáncer, y (b) grupo constituido por personas víctimas de violencia o accidentes automovilísticos, y dos grupos control que no recibieron la terapia EMDR: (a) grupo control placebo "escucha pasiva", y (b) grupo en lista de espera.

Los participantes de los grupos que recibieron la terapia EMDR fueron evaluados en términos de las dos dimensiones del TEPT, síntomas específicos del TEPT y de ajuste, a través de la LASC, antes y después de la terapia EMDR. Así mismo, las personas del grupo control escucha pasiva y del control en lista de espera fueron evaluadas por medio de la LASC, en las etapas pretest-postest.

La comparación entre los grupos y la relación entre las variables de estudio se determinó evaluando el mejoramiento del estrés postraumático en sus dos dimensiones, trastornos específicos del TEPT y ajuste, a través de una comparación pretest-postest de las puntuaciones obtenidas en la prueba de TEPT por los dos grupos que recibieron la terapia EMDR con los grupos controles escucha pasiva y lista de espera, que no la recibieron.

A efectos de lo anterior, se evaluó el grado de efectividad de la terapia EMDR en la mejoría del TEPT en sus dos dimensiones (síntomas específicos del TEPT y ajuste) en los dos grupos que recibieron el tratamiento, en función de las comparaciones pretest-postest entre los grupos muestreados y según los factores: (a) tipos de reacción al estrés: saludable y no saludable; (b) situación generadora de estrés: grupo con diagnóstico de cáncer y grupo víctima de violencia o accidentes automovilísticos; y, (c) sexo: masculino y femenino.

Por último, con objeto de contrastar las hipótesis relativas a la posible actuación de las variables depresión e internalidad total como variables intervinientes en la efectividad de la terapia EMDR, a los grupos que recibieron la terapia se les administró, en el pretest, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (EDCEE) para determinar la presencia/ausencia de sintomatología depresiva, y la Escala de Locus de Control de Levenson para evaluar nivel de internalidad total.

5. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población del presente estudio estuvo conformada por adultos, de ambos sexos, pacientes de las unidades de atención psiquiátrica, psicológica y oncológica de varios centros de salud, clínicos y hospitalarios, con diagnóstico TEPT, pertenecientes a los niveles socioeconómicos alto y bajo, del área metropolitana de Caracas.

La muestra estuvo constituida por 98 adultos con diagnóstico de TEPT distribuidos como sigue: 52 del tipo saludable y 46 del tipo no saludable; 29 pacientes con cáncer y 69 víctimas de violencia o accidentes; 50 del sexo femenino y 48 del masculino; con edades comprendidas entre los 20 y 65 años; pacientes de las unidades de atención psiquiátrica, psicológica y oncológica de varios centros de salud, clínicos y hospitalarios del área metropolitana de Caracas.

Los sujetos fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, dado que las unidades de observación se seleccionaron según un conjunto de condiciones y características propias del estudio. En el muestreo no probabilístico "no se conoce la probabilidad que tiene cada elemento de la población, de ser incluido en la muestra... se toman los casos hasta que la muestra alcanza su tamaño deseado" (Arnau, 1981, p. 204). Se trató de un

muestreo accidental, porque se utilizaron grupos previamente constituidos (Kerlinger, 1998).

Para la selección de la muestra se siguieron los criterios temporales planteados en el DSM-IV (APA, 1994) a fin de distinguir entre el trastorno nervioso agudo (síntomas normalmente presentes en el momento de ocurrencia de cualquier evento traumático, que se alivian o desaparecen no más tarde del primer mes posterior al evento), y el TEPT (síntomas que definen el cuadro clínico y que permanecen después del primer mes posterior al evento). Este último se considera ya un trastorno serio por la permanencia de los síntomas y posiblemente porque éstos vienen acompañados de otras condiciones de salud y de factores de ajuste o adaptación. En el caso de la presente investigación se incluyeron solamente aquellas personas que presentaban una permanencia de los síntomas luego de transcurridos los 3 y 15 meses de ocurrido el evento traumático.

En una investigación como la presente, el criterio de tiempo asumido se justifica por las condiciones médicas que, en general, presentan el tipo de grupos estudiados. En el caso de los pacientes de cáncer, se seleccionaron aquellos que habían pasado el período postoperatorio y el tratamiento de la quimioterapia, antes de que recibieran la terapia EMDR, de tal manera que esas condiciones no estuvieran asociadas a la intensificación de los síntomas del TEPT y afectaran los resultados de la investigación y los mismos beneficios de la intervención psicológica. Similarmente se procedió con los pacientes víctimas de accidente automovilístico, en algunos casos se esperó a que finalizará por completo la intervención médica para la recuperación física de los pacientes, al menos que pasara la etapa crítica del postrauma. Con respecto a las víctimas de violencia urbana, también fue necesario asegurarse de que no estuvieran recibiendo ni tratamiento médico por daños físicos posibles, ni bajo los efectos de psicofármacos para el tratamiento de los síntomas del trastorno nervioso agudo.

Se descartaron de la muestra aquellos individuos que puntuaron más de un 25% en los ítems de la Escala de Experiencias Disociativas - EED. También se aseguró, a través de la entrevista clínica inicial, que los participantes de la muestra no presentaran otros trastornos psiquiátricos de cuidado, para el momento de la intervención. Se descartaron pacientes embarazadas, pacientes con impedimentos neurológicos, ideaciones suicidas y con abuso de sustancias. Todos estos aspectos se registraron en una primera entrevista con los potenciales participantes. También se consideró importante asegurar que, para la fase del estudio de campo, los participantes no estuvieran recibiendo atención médica postoperatoria, emergente, o bajo tratamiento de psicofármacos.

6. INSTRUMENTOS.

6.1. Inventario de Reacciones Interpersonales – Forma Breve (SIRI) de Grossarth-Maticek y Eysenck (1990).

El Inventario de Reacciones Interpersonales – Forma Breve es un instrumento que fue elaborado por Grossarth-Maticek y Eysenk (1990), con el propósito de evaluar las formas que tienen las personas de reaccionar al estrés psicosocial. Está constituido por 70 proposiciones relativas a las actitudes y emociones que las personas pueden experimentar ante otras personas y situaciones. Cada proposición se presenta acompañada de dos alternativas de respuesta: *"Sí"* y *"No"*. Se puede administrar tanto en forma individual como colectiva. Tal como se describió anteriormente, los autores definieron seis tipos de reacción al estrés y los reagruparon en dos categorías: (a) saludable y (b) no saludable.

Una persona se cataloga como perteneciente al tipo 1: predisposición al cáncer, si responde afirmativamente a los ítems 1, 8, 15, 22, 29, 36, 43, 50, 57, 64. Si responde afirmativamente a los 2, 9, 16, 23, 30, 37, 44, 51, 58, 65, se

cataloga como tipo 2: predisposición a la enfermedad coronaria. Se cataloga como tipo 3: si la persona da una respuesta afirmativa a los ítems 3, 10, 17, 24, 31, 38, 45, 52, 59, 66. La persona pertenece al tipo 4: saludable, si responde afirmativamente a los ítems del tipo 4a (4, 11, 18, 25, 32, 39, 46, 53, 60, 67) y del tipo 4b (7, 14, 21, 28, 35, 42, 49, 56, 63, 70), y cuyo promedio sea mayor a la suma de los ítems de cada uno de los otros tipos. Cuando la persona responde Sí a los ítems 5, 12, 19, 26, 33, 40, 47, 54, 61, 68 se cataloga como tipo 5: racional-antiemocional. Finalmente, si la persona responde afirmativamente a los ítems 6, 13, 20, 27, 34, 41, 48, 55, 62, 69, se le cataloga como tipo 6: psicopático.

Grossarth-Maticek y Eysenk (1990) describen algunas características del instrumento en relación con las tendencias al desarrollo de enfermedades: puede ser administrado y evaluado en una simple sesión; sin embargo, si el propósito es predecir la propensión a las enfermedades, en el caso de investigaciones longuitudinales, los autores recomiendan administrarlo dos veces, con un intervalo de seis meses, a fin de conocer si hay un cambio en los puntajes del mismo. Para efectos del presente estudio, el instrumento se aplicó sólo en la fase pretest, a toda la muestra.

El cambio en los puntajes puede conducir, bien sea a una especie de "estancamiento", es decir, que la persona con un puntaje determinado, que la define como perteneciente a un grupo con tendencia a una enfermedad, retiene ese puntaje o dicho puntaje aumenta en el tiempo, lo cual daría un pronóstico negativo; o bien, el cambio puede dirigirse a un "*desarrollo en una dirección positiva*", reflejado en la disminución de los puntajes que ubican a la persona en una tipología que tiende a una enfermedad determinada, en este caso, habría un buen pronóstico. El "*estancamiento*" se observa cuando la suma de los puntajes en el tipo 1, tipo 2, y tipo 5 (no saludables), menos la suma de los puntajes para el tipo 3, tipo 4 y tipo 6 (saludables), muestra un incremento, bien sea debido al aumento en los puntajes del primer grupo de tipos o a la disminución en los

puntajes del segundo grupo de tipos. El "*desarrollo en una dirección positiva*" se da cuando, en la segunda aplicación, hay un incremento en los puntajes del grupo de tipos saludables o una disminución en los puntajes del grupo de tipos no saludables, y está dirigido a una diferencia positiva.

Esta prueba, además de contar con la versión corta de 70 ítems, que es la que se utilizó en el presente estudio, cuenta con una versión larga constituida por 182 ítems. No obstante, según Grossarth-Maticek y Eysenk (1990), ambas versiones tienen las mismas propiedades psicométricas, y consideran la versión corta como la más adecuada para la investigación y en general para la mayoría de los propósitos. Adicionalmente, recomiendan el uso de la versión corta porque en ésta, la localización de los ítems fue determinada aleatoriamente, mientras que en la versión larga los ítems se mantuvieron juntos para cada uno de los tipos. Además, la versión larga de la escala fue hecha para los estudios iniciales por lo que los autores aconsejan que se utilice la versión corta para estudios posteriores.

Para la validez del instrumento original los autores utilizaron la versión larga en una muestra de 216 sujetos, distribuidos en dos mitades iguales entre hombres y mujeres, e igualados por edad sobre la base de sus puntajes en el inventario. El propósito fue encontrar igual número para cada uno de los seis tipos, de manera que una persona dada fuese caracterizada por tener un puntaje perfecto de 10 para ese tipo y un puntaje no mayor de dos en cualquier otro tipo. Los autores eligieron el número de sujetos que satisfacía los requerimientos.

A la muestra de sujetos se le hizo un seguimiento durante 13 años, siendo la mortalidad y la incidencia de una variedad de desórdenes las variables dependientes. Con el acuerdo de los pacientes que sufrían cualquier clase de enfermedad se obtuvieron los diagnósticos de los médicos tratantes. Además, se acordaron entrevistas con sus familiares. En el caso de muerte, los médicos fueron consultados y también se obtuvo de ellos el certificado de defunción. Los

resultados mostraron que, tal y como se observa en la tabla 3, el cáncer fue el diagnóstico más frecuente en el tipo 1, tanto como si se tomaran todos los tipos juntos. Las enfermedades coronarias fue el diagnóstico más frecuente en el tipo 2, apareciendo tres veces más que en la totalidad de los otros tipos; en el tipo 2 aparecen también en forma significativa enfermedades como úlcera, hipertonia y diabetes. Las expectativas para los tipos 3 y 4 también se cumplieron, en el sentido de que parecen ser los tipos más saludables, con pocos diagnósticos de enfermedades; sin embargo, el tipo 3 podría mostrar en el proceso de seguimiento una tendencia fuerte a la adición a las drogas. En el tipo 5 aparecen con una alta frecuencia los diagnósticos de depresión endógena y de artritis rematoidea. Por último, en el tipo 6 aparece con una alta frecuencia el diagnóstico de adición a las drogas.

Tabla 3: Frecuencias de distintos tipos de diagnóstico en función de los tipos de reacción al estrés (Tomado de Grossart Maticek Eysenk (1990)

TIPO						Diagnóstico
1	2	3	4	5	6	
1	1	3	1	27	1	Depresión endógena
9	8	11	0	0	25	Adición a las drogas
3	1	2	0	16	1	Artritis rematoidea
2	19	1	1	2	0	Ulcera ventricular y duodenal
1	29	4	0	1	1	Hipertonia
1	15	1	0	1	0	Diabetes
3	14	1	0	0	1	Infarto/ACCV
11	2	1	1	4	3	Cáncer

Sandin, Chorot, Navas y Santed (1992) realizaron una normalización de la versión corta del instrumento, en España. Para ello incluyeron una muestra no clínica, conformada por estudiantes voluntarios del primer ciclo universitario, 160 del sexo femenino y 147 del sexo masculino, con edades comprendidas entre los 18 y 25 años, a quienes se les aplicó la versión española del "Inventario de

Reacciones Interpersonales" manteniendo las condiciones de uniformidad en la aplicación y en la motivación. También se les aplicaron otras dos pruebas: (a) el Inventario de Autoevaluación STAXI (Spielberger, 1988; cp. Sandin, Chorot, Navas y Santed, 1992) que evalúa variables psicológicas asociadas al desarrollo de enfermedades vasculares (ira-nivel, Ira-rasgo, ira-abierta, ira-hacía sí mismo, e ira-control); y, (b) la Escala de Síntomas Somáticos (ESS) elaborada por los mismos autores, la cual evalúa un amplio número de síntomas y condiciones de los diferentes sistemas del cuerpo humano.

Los resultados reflejan los valores obtenidos por los varones y por las hembras en las subescalas o tipos del SIRI (tipos 1-6). En relación con los tipos 4a y 4b, los autores no encontraron diferencia entre ambos tipos de medidas, por lo que decidieron asumir la puntuación del 4a la cual denominaron simplemente del tipo 4. Se destaca el tipo 4 (tipo saludable), en comparación con los otros, y una tendencia general a una mayor puntuación en los varones que en las hembras (excepto en el tipo 1: predisposición al cáncer), aunque las diferencias sólo fueron estadísticamente significativas en los tipos 2 (predisposición a enfermedad coronaria) y 4 (saludable).

En la tabla 4 se muestran los coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach obtenidos en el estudio de Sandin, et al. (1992), para cada una de las seis subescalas del SIRI, así como, los resultados de los análisis factoriales tomando como variables los seis tipos. En cuanto a los coeficientes alfa, se halló que para los tipos 1, 2 y 4 éstos alcanzaron un valor igual o superior a 0.70, tanto en los varones como en las mujeres. El tipo 3 obtuvo un coeficiente alfa superior a 0.70 sólo en el caso de las mujeres, y el tipo 6 obtuvo un coeficiente alfa igual a 0.70 sólo en el caso de los varones. La única escala cuyo coeficiente alfa no igualó o superó el 0.70 fue la que mide el tipo 5. Los análisis factoriales revelaron la existencia de dos factores tanto en el grupo de los hombres como en el de las mujeres, y también una configuración factorial equivalente en ambos grupos. En este sentido, uno de los factores parece ser de naturaleza psicosomática

asociada especialmente a los tipos 1 y 2 (no saludable), y el otro factor parece ser de naturaleza psicológica asociado más directamente con los tipos 3 y 4 (saludable).

Tabla 4: Resultados obtenidos por Sandin, et al. (1992) en cuanto al análisis factorial y los coeficientes de confiabilidad para cada subescala del SIRI (Tomada de Sandin, et al. (1992)

	Varones			Mujeres		
Tipo	F1	F2	*a*	F1	F2	*a*
1	0.60	---	0.70	0.79	---	0.77
2	0.77	-0.20	0.76	0.75	037	0.82
3	0.47	0.28	0.68	0.35	0.74	0.71
4	-0.85	---	0.81	-0.87	-0.31	0.84
5	---	0.22	0.53	----	0.38	0.58
6	0.65	0.60	0.70	0.20	0.71	0.65
	Varianza explicada: 67%			Varianza explicada: 66%		

El cálculo de las correlaciones entre las puntuaciones del SIRI y las del STAXI mostró correlaciones negativas para el tipo 4 (excepto con la dimensión Ira-control); y correlaciones positivas con los otros tipos. De estas correlaciones, las más significativas fueron las obtenidas con las dimensiones: (a) expresión de la ira hacia sí mismo y (b) Ira-rasgo del Staxi. Hubo correlaciones bajas entre el SIRI y la escala de Ira-control, y entre el tipo 5 del SIRI (racional-antiemocional) y las dimensiones del STAXI. También se encontraron bajas correlaciones en el grupo de mujeres con respecto a las dimensiones del STAXI.

Las correlaciones del SIRI con las dimensiones del ESS también variaron: el tipo 4 (saludable) correlacionó negativamente con cualquier sintomatología somática; los otros tipos, sin embargo, correlacionaron positivamente con la variable somática. El tipo 5 (racional-antiemocional) mostró correlaciones menos significativas. Aunque existe una estrecha relación entre el tipo 2 (predisposición

a la enfermedad coronaria) del SIRI y los síntomas cardiovasculares del ESS, este tipo muestra una alta correlación con otras variables o sistemas fisiológicos, especialmente con el respiratorio y el urinario.

En general, se observa que la consistencia interna del SIRI es alta en todas sus escalas, a excepción de la subescala del tipo 5, cuyo coeficiente alfa no alcanzó el 0.60. La estructura factorial de la escala obtenida del análisis factorial realizado por Sandin, et al. (1992) coincidió con la planteada a raíz de los análisis llevados a cabo por sus creadores (Grossarth-Maticek y Eysenk, 1990).

Sandin y Chorot (1992) también reportaron la validez convergente, divergente y predictiva del SIRI, las cuales fueron determinadas mediante la correlación entre el inventario y las otras medidas (STAXI y ESS). Los resultados se resumen en lo siguiente: (a) relación no significativa entre ira-control y los tipos 1 y 2; (b) mayor correlación del tipo 2 con la dimensión ira-rasgo e ira-abierta y menor relación con la dimensión ira-hacía sí mismo; y (c) el tipo 4 (saludable) se asocia negativamente con las variables de STAXI, excepto con la dimensión ira-control. Con respecto a su valor predictivo los datos mostraron que se dio: (a) una relación significativa entre el tipo 2 (predisposición a la enfermedad coronaria) y los síntomas de los sistemas cardiovascular, respiratorio y gastrointestinal; (b) una asociación entre el tipo 1 (predisposición al cáncer) y el sistema inmunológico; y, (c) una relación significativa y negativa entre el tipo 2 y las manifestaciones somáticas en general. Los investigadores reportaron que los sujetos en los que predominaba el tipo 4 se veían poco afectados por trastornos somáticos debido posiblemente a cierta protección que tienen frente a ellos.

Los investigadores terminan afirmando que la versión corta del Inventario de Reacciones Interpersonales (SIRI) de Grossarth-Maticek y Eysenck (1990), posee niveles aceptables de confiabilidad, y su validez (obtenida a partir de su correlación con los inventarios STAXI y ESS), muestra un buen valor predictivo.

A efectos de la presente investigación, y aun cuando se tenían todos los datos psicométricos de la versión en español del Inventario de Reacciones Interpersonales (SIRI) realizada por Sandin, et al. (1992), la autora del presente trabajo realizó una traducción del Inglés (ver Anexo 1) al Español (ver Anexo 2) de la versión breve del instrumento elaborado por Grossarth-Maticek y Eysenk (1990) para, posteriormente, realizar un estudio piloto y obtener los datos psicométricos de la prueba en una muestra de la población venezolana.

En primer lugar, en este estudio piloto, se entregó la traducción a tres expertos en psicología clínica, psicología de la personalidad y metodología de la investigación respectivamente, para realizar la validación de contenido mediante la validación por jueces. Sus recomendaciones fueron asumidas, coincidiendo las mismas en tres aspectos: (a) Corregir los ítems de doble negación redactándolos en positivo; (b) eliminar los términos de respuestas extremas (Ej. nunca, siempre...); y, (c) redactar los ítems en términos afirmativos.

En segundo lugar, se aplicó el instrumento a una muestra de 176 pacientes: 80 hombres y 96 mujeres, con características clínicas similares a las de la muestra definitiva (con algún tipo de cáncer; víctimas de violencia o de algún accidente automovilístico), con edades comprendidas entre los 20 y los 50 años, provenientes de los hospitales Pérez Carreño, Clínico, y Domingo Luciani de Caracas

Con los datos obtenidos se realizó un análisis psicométrico para obtener la confiabilidad y la estructura factorial del instrumento. La confiabilidad se calculó por medio del coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach. El índice de confiabilidad para la escala total fue de 0.907. Este resultado indica una alta consistencia interna para la escala total. Los ítems se asociaron con correlaciones entre 0.22 y 0.594. Los coeficientes de confiabilidad obtenidos para cada uno de los tipos fueron: tipo 1: 0.623, tipo2: 0.724, tipo 3: 0.536, tipo 4:

0.670, tipo 5: 0.521, y tipo 6: 0.618. Los resultados reflejan una adecuada consistencia interna para cada uno de los tipos.

Para la determinación de la estructura factorial del instrumento se realizó un análisis factorial, utilizando el método de extracción de componentes principales con rotación varimax. Inicialmente no se encontraron los seis factores diferenciados que correspondieran con los seis tipos propuestos por los autores. Por tanto, se corrió un segundo análisis factorial, utilizando dos factores en el procedimiento de extracción y efectivamente se precisaron estos dos factores, uno que pudiera llamarse "saludable" y el otro "no saludable". Estos factores explicaron el 22,22% de la varianza total. El primer factor estuvo asociado a trastornos somáticos, inhibición y dependencia emocional, e indefensión; mientras que el segundo factor estuvo relacionado con condiciones físicas saludables, expresión emocional, autonomía y control (Ver Anexo 3).

Concretamente, se halló que en el factor 1 (no saludable) cargaron más los ítems pertenecientes al tipo 1: cáncer (1, 8, 15, 22, 29, 36, 43, 50, 57, 64); tipo 2: cardiopatías (2, 9, 16, 23, 30, 37, 44, 51, 58, 65), tipo 5: racional-antiemocional (5, 12, 19, 26, 33, 40, 47, 54, 61, 68); y los del tipo 4b: saludable negativo (7, 14, 21, 28, 35, 42, 49, 56, 63, 70). Mientras que, en el factor 2 (saludable) cargaron más los ítems de los tipos 3: histérico: (3, 10, 17, 24, 31, 38, 45, 52, 59, 66), y los del tipo 4a: saludable (4, 11, 18, 25, 32, 39, 46, 53, 60, 67). Los ítems del tipo 6: psicopático (6, 13, 20, 27, 34, 41, 48, 55, 62, 69) cargaron más en el factor 1 (no saludable) que en el factor 2 (saludable), lo cual se explica clínicamente si se considera que indudablemente el tipo psicopático tiene mayores dificultades para la relación con el medio y la muestra así lo percibe.

Tal y como se puede observar, estos resultados coinciden en general con lo reportado por Grossarth-Maticek y Eysenk (1990) quienes señalaron que los tipos 3 y 4 son relativamente más saludables que los tipos 1, 2 y 5. No obstante, en lo que respecta al tipo 6, el resultado del estudio piloto no se correspondió

con lo señalado por estos investigadores quienes consideraron al tipo 6 entre los tipos sanos en sus reacciones al estrés. Para ellos, desde el punto de vista teórico, se podría esperar que los tipo 6 (psicopatías) se recuperen más rápido del estrés por el tipo de reacción, como es la descarga de la tensión, la ansiedad o la emoción en forma de agresión hacia afuera y sin culpa, lo que no pasa, por ejemplo, en el caso del tipo con tendencia al cáncer o del racional-antiemocional, cuya descarga es hacia dentro produciendo inhibición emocional, mayor tensión y depresión.

En la presente investigación, se asumieron los tipos que Grossarth-Maticek y Eysenk (1990) incluyeron en las categorías "saludable" y "no saludable", y que coinciden en su mayoría con los resultados encontrados en el estudio piloto y con el sustento teórico que señalan estos autores. Si bien estadísticamente el estudio piloto no aportó un sustento estadístico definitorio que permitiera ubicar al tipo 6 en una determinada categoría, se prefirió en este caso seguir los lineamientos teóricos que al respecto sostienen los autores y por tanto incluirlo en la categoría de saludable. Para la categorización de los participantes de la muestra definitiva en los tipos saludable o no saludable se procedió en primer lugar, a identificar a qué tipo de los seis señalados en la escala SIRI (tipo 1: cáncer; tipo 2: cardiopatías; tipo 3: histérico; tipo 4: saludable; tipo 5: racional; tipo 6: psicopático) pertenecía cada uno de los participantes. Para ello se siguieron las instrucciones que señalan Grossarth-Maticek y Eysenk (1990), como es la suma de las respuestas positivas dadas a los ítems del inventario SIRI que identifican a cada tipo, exceptuando las respuestas dadas al tipo 4b, para el cual se cuentan las respuestas negativas. Para facilitar este procedimiento se elaboró la tabla siguiente:

Tabla 5: Formato manual para la corrección individual de respuestas del SIRI.

Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4a	Tipo 4b	Tipo 5	Tipo 6
1	2	3	4	7	5	6
8	9	10	11	14	12	13
15	16	17	18	21	19	20
22	23	24	25	28	26	27
29	30	31	32	35	33	34
36	37	38	39	42	40	41
43	44	45	46	49	47	48
50	51	52	53	56	54	55
57	58	59	60	63	61	62
64	65	66	67	70	68	69

Nota: Para el tipo 4b se suma el Nº de respuestas negativas a los ítems y se promedian con las positivas.

Finalmente, con el propósito de trabajar con los tipos puros, se excluyeron aquellos en los que se repetía el mismo puntaje y que, por tanto, ubicaban a la persona en dos o más tipos de reacción al estrés.

6.2. Lista de Chequeo de Síntomas de Los Ángeles (LASC).

Esta es una medida de auto reporte del estrés postraumático, propuesta por L. King, D. King, Leskin y Foy (1995), basada en los criterios del DSM III-R (APA, 1987) y, posteriormente, del DSM-IV (APA, 1994). Sin embargo, según estos mismos investigadores, una primera versión del instrumento, fundamentada en los criterios del DSM III (APA, 1980) y en la práctica clínica de sus proponentes, apareció en 1980 y fue reportada en 1984 por Foy, Sipprelle, Rueger y Carroll.

De acuerdo a L. King, et al. (1995), la versión original de la LASC estaba conformada por 39 ítems, 16 de los cuales fueron directamente obtenidos de los criterios de "reexperimentación" y "experiencia de paralización" que aparecen en el DSM-III. Más tarde fueron añadidos cuatro ítems. La versión actual tiene 43 ítems (Ver Anexo 4). En 1987, con la versión del DSM III-R, un subset de 17 de

los 43 ítems fue ordenado en las categorías de síntomas de reexperimentación, evitación, experiencia de paralización e hiperexcitación. Los 26 ítems restantes correspondieron a síntomas de ajuste y dolor, considerados como síntomas relacionados con el TEPT.

Según los autores mencionados, este es un instrumento de fácil aplicación que evalúa el desorden de estrés postraumático, tanto en medidas categóricas como continuas. Cada síntoma se expresa a través de una palabra o frase corta que se presenta acompañada de una escala tipo Lickert, que va desde "0" "problema nada serio" hasta "4" "problema en extremo serio". La LASC puede ser puntuada de varias formas. Para un diagnóstico basado en categorías del TEPT, la persona con una puntuación de dos o más, debe haber respondido al menos a un ítem sobre reexperimentación del trauma, a tres ítems de "evitación" y de "experiencia de paralización", y a dos ítems que reflejen incremento de la excitación. De acuerdo con el DSM-IV (APA, 1994), aquellos que satisfagan los tres criterios son considerados como TEPT-positivo, y aquellos que no respondan a los tres criterios son evaluados como TEPT-negativo. Una variante de este sistema de puntuación por categorías dicotómicas es clasificar a las personas que respondieron a dos de cualquiera de los tres criterios, con un diagnóstico de TEPT parcial, con lo cual se estaría ante un sistema de categorización tricotómica.

Para L. King, et al. (1995), la LASC puede también ser puntuada como una medida continua, es decir como la suma de los puntajes a través de los 17 síntomas de TEPT. Este puntaje simple provee un indicador de la sintomatología específica y severidad del TEPT, como efecto de un evento traumático. Por otra parte, la suma de los 26 ítems restantes da una valoración de ajuste y dolor. Así mismo, la suma de los puntajes de los 43 ítems de la LASC da una medida global de distrés y problemas de adaptación.

El instrumento ha sido aplicado a muestras tanto clínicas como comunitarias. Las versiones iniciales del instrumento fueron usadas con veteranos de la guerra del Vietnam en espacios clínicos. Sin embargo, la versión actual, que guarda correspondencia con los criterios del DSM-III R (APA, 1987) y del DSM-IV (APA, 1994), viene siendo también utilizada para evaluar distrés psicológico y otro tipo de traumas con diferentes grupos, como por ejemplo: mujeres maltratadas, adultos abusados sexualmente cuando eran niños, y adolescentes delincuentes. Para este último grupo los autores han realizado algunos arreglos en la redacción de algunos ítems que se ajustan mejor a la condición de la edad, por ej.: en lugar de problemas maritales sustituyen la frase por problemas con el novio o la novia, el lugar de trabajo lo han sustituido por el de la escuela, etc.

Los datos psicométricos del instrumento que reportan sus autores fueron obtenidos a partir de varias muestras de individuos que sumaron un total de 874 personas (300 veteranos de la Guerra de Vietnam, 123 mujeres maltratadas, 142 adultos sobrevivientes de abuso sexual cuando eran niños, 36 mujeres en estado de distrés por causas maritales, 105 pacientes psiquiátricos y 168 adolescentes de alto riesgo). La muestra tuvo un adecuado balance en cuanto a la variable sexo: 451 individuos del sexo masculino, equivalente a un 52%, y 423 del sexo femenino lo que representó un 48%. El promedio de edades osciló entre los 15.5 años y los 46.8 años de edad.

L. King et al. (1995) hallaron que, en lo que respecta al análisis de ítems, las correlaciones ítem-puntuación total alcanzaron un rango entre 0.28 y 0.73, con una media de 0.57 y una desviación estándar de 0.17.

Por su parte, la consistencia interna fue determinada calculándose el coeficiente alpha para el subset de 17 ítems que representa específicamente los síntomas de TEPT según los criterios del DSM-III R (reexperimentación, evitación y paralización, y sobreexcitación), y para los 43 ítems en su totalidad. El coeficiente alpha para el subset de síntomas específicos del TEPT fue de 0.94

y el de la totalidad de los 43 ítems fue de 0.95. Con dos semanas de intervalo, el retest para el subset de los 17 ítems fue de 0.94 y para la totalidad de los 43 ítems fue de 0.90. Por lo que se observa una alta consistencia interna del instrumento.

En el análisis factorial inicial, se obtuvieron ocho factores comunes, de los cuales, tres tuvieron valores mayores que 1.00. Juntos estos tres factores explicaron el 40.8% de la varianza. El primer factor explicó el 34.4% de la varianza; mientras que el segundo factor explicó sólo el 4% de la varianza y el tercero explicó el 2.5% de la varianza. El factor 1 estuvo representado por los ítems de la LASC que conforman el racimo de síntomas del TEPT. En efecto, 11 de los 14 ítems que cargaron en este factor fueron del grupo de los 17 ítems de TEPT. El factor 2 estuvo conformado por siete ítems que podrían estar reflejando manifestaciones físicas del estrés. El factor 3 incluyó ítems concernientes al contenido de relaciones interpersonales. Lo importante de este análisis es que aparece un fuerte factor, evidente y definido, que se corresponde a los síntomas del TEPT tal como aparecen en el DSM III-R (APA, 1987) y en el DSM-IV (APA, 1994).

Para la determinación de la validez convergente, L. King, et al. (1995) emplearon la regresión logística para apoyar la relación entre los puntajes del subset de síntomas específicos del TEPT de la LASC y la presencia o ausencia de este trastorno medida por la Entrevista Clínica Estructurada del DSM III-R. Para ello trabajaron con un total de 134 participantes del sexo femenino (57 mujeres golpeadas, 47 sobrevivientes de abuso sexual infantil y 30 con padecimientos de distrés por causas maritales). Usando la ecuación de regresión logística se computaron las probabilidades predichas de TEPT y las correspondientes probabilidades de razón para las personas puntuando bajo, medio y alto en la LASC. Además, para determinar si los 26 ítems adicionales de la LASC contribuían a incrementar la validez al predecir un diagnóstico de TEPT basado en la Entrevista Clínica Estructurada (SCID-R), el puntaje total de

los ítems suplementarios fue añadido, en el segundo paso, a la ecuación de regresión logística. Después, utilizando el diagnóstico basado en la LASC y el correspondiente diagnóstico de SCID-R, se obtuvieron índices de sensibilidad, especificidad y el índice total.

Tal y como se esperaba, se halló que la probabilidad de TEPT era una función creciente de los puntajes en el subset de los síntomas específicos de TEPT de la LASC. La medida z asociada a esta relación fue de 5.17 ($p < 0.001$). El peso de regresión no estandarizado para el puntaje de la LASC en la ecuación fue de 0.12 (SE = 0.02), y el valor de la intercepción fue de –3.03. Un cambio de un punto en la LASC resultó en un cambio en las probabilidades de tener versus no tener TEPT por un factor de 1.13. Así, el puntaje continuo de la LASC por una razón de probabilidad de 1.00, donde la probabilidad de tener TEPT es 0.50, sería cerca de 25; el puntaje para una razón de probabilidad de 0.33 representando a 0.25 de probabilidad de TEPT, es aproximadamente 17; y el puntaje para una razón de probabilidad de 3.00 representando a 0.75 de probabilidad de TEPT, estaría cerca de 34.

Cuando el puntaje total en los 26 ítems restantes fue sometido al análisis de regresión, el incremento en el valor predictivo fue escaso. El valor del coeficiente de regresión fue de 0.00 y la *z* asociada fue de un 0.10 puntos, no significativa. Los puntajes del subset de los 17 ítems de TEPT y los puntajes de los 26 ítems suplementarios tuvieron un solapamiento considerable, mostrando una correlación de 0.74 ($p<0.001$). Sin embargo, desde un punto de vista empírico, los 26 ítems adicionales no parecieron mejorar la ejecución del subset de los 17 ítems. Los 26 ítems restantes de la LASC parecieran tener más relación con la función de chequear tendencias, respuestas orientadas e información clínica relevante para identificar la ocurrencia de síntomas y la formulación de un plan de tratamiento.

El porcentaje de sensibilidad (porcentaje de SCID-R, casos de TEPT diagnosticados de ser TEPT positivo por la LASC) fue de 74.1%; el porcentaje de especificidad (porcentaje de los casos diagnosticados de ser TEPT negativo por la medida) fue de 77.1%; y, el porcentaje total (de las clasificaciones correctas o formales) fue de 75.6%. A partir de los resultados anteriores, se puede concluir que el subset de los síntomas específicos de TEPT de la LASC permitió hacer proyecciones válidas en la muestra de mujeres con la que se trabajó.

Cuando las respuestas dadas por este mismo grupo de mujeres fueron puntuadas dentro de una categorización dicotómica, 65 de las 134 mujeres fueron descritas como TEPT positivas. Usando el diagnóstico de la SCID-R se obtuvo un porcentaje de sensibilidad de 78%, que representa un acuerdo entre la LASC y la SCID-R en 53 de los casos de TEPT positivo. La especificidad fue de 82%, que representa un acuerdo entre ambos instrumentos en 54 de los casos de TEPT negativo. El porcentaje global fue de 80%, que representa un acuerdo entre ambos instrumentos en 107 de los casos. Estos resultados, junto con los análisis de regresión logística, señalan la validez convergente de la LASC y lo apropiado que resulta como instrumento para medir TEPT, no sólo en la población de los veteranos de la guerra, sino también en diversos grupos expuestos a trauma.

Adicionalmente, Minardi y Paoli (2002) realizaron un estudio piloto de la prueba LASC en una muestra de la población venezolana, concretamente en 285 personas afectadas por la tragedia de Vargas de 1999. En el estudio, las autoras hallaron un factor único para la primera escala (LASC-17 ítems) que se correspondió con los síntomas específicos del TEPT. La confiabilidad para este factor, obtenida por el coeficiente Alfa Cronbach, fue de 0.875, lo cual reflejó una elevada consistencia interna; así mismo, hallaron una asociación positiva entre los ítems de la escala con correlaciones entre 0.395 y 0.645 con respecto al puntaje total. Para la segunda escala (LASC-26 ítems) se obtuvo una

confiabilidad de 0.883; así mismo, los ítems se asociaron positivamente con correlaciones entre 0.288 y 0.601. También hallaron dos factores adicionales. El primer factor se asoció a síntomas depresivos, capacidad disminuida para sentir placer, pérdida de peso o apetito, insomnio, fatiga o pérdida de energía, pensamientos de muerte, vergüenza de la persona ante la opinión que los demás tienen sobre ella; este factor fue identificado por las autoras como "manifestaciones depresivas" (p.70). El segundo factor reflejó contenidos relacionados con la inestabilidad laboral, problemas sexuales, consumo de sustancias, problemas con la autoridad. Este factor fue denominado por las autoras como "manifestaciones depresivas de externalización" (p.71). En realidad, ambos factores reflejaron los síntomas de ajuste, representados en los 26 ítems de la LASC y que, de alguna forma, reproducen los contenidos de dolor y problemas de adaptación descritos inicialmente por L. King, et al. (1995).

A efectos de la presente investigación se obtuvo la confiabilidad de la prueba LASC en la misma muestra piloto que se empleó en el caso del SIRI. Se constató que para la escala total (LASC-43 ítems) el coeficiente de confiabilidad fue de 0.94, mostrando una elevada consistencia interna. Los ítems se asociaron positivamente con correlaciones entre 0.18 y 0.75. Para el subtest de síntomas específicos del TEPT (LASC-17), la confiabilidad fue de 0.90, y los ítems se asociaron positivamente con correlaciones que oscilaron desde 0.41 hasta 0.70. Así mismo, en la subescala de ajuste y dolor los ítems se asociaron positivamente con correlaciones entre 0.17 y 0.62, y la confiabilidad fue de 0.85, reflejando en ambos casos una alta consistencia interna.

6.3. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (EDCEE).

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (EDCEE) (Ver Anexo 5) fue elaborada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los

Estados Unidos (NIMH), con el propósito de identificar, a través de un estudio epidemiológico realizado por esta institución, factores de riesgo asociados a la depresión en un amplio sector de la población americana. Radloff y Locke (1986) la describen como un instrumento que evalúa indicadores de riesgo de depresión mayor a partir de síntomas depresivos manifiestos, y sirve para discriminar entre personas deprimidas y no deprimidas. Según estos investigadores, los análisis reportan que la mayoría de las personas de una determinada comunidad presentan al menos dos síntomas de depresión y que entre el 9% y el 20% de la población manifiesta síntomas suficientes como para ubicarse en el grupo de alto riesgo de sufrir depresión mayor.

La EDCEE es una escala sencilla que puede ser autoaplicada o administrada por legos porque los ítems son simples, claros y directos. Está conformada por 20 reactivos sencillos, fáciles de aplicar, los cuales reflejan los elementos sintomáticos depresivos más importantes que resultaron de la base de otras pruebas que evalúan el cuadro, tales como la escala de Zung, la de Beck y el MMPI, de las cuales se extrajeron los 20 síntomas depresivos de mayor discriminación y validez de esas escalas. También se tomó en cuenta para su elaboración la experiencia clínica. De acuerdo con los resultados del análisis factorial que realizaron Radloff y Locke (1986) del instrumento, se obtuvieron cuatro factores: 1) afecto negativo, 2) afecto positivo, 3) relaciones interpersonales, y 4) actividad retardada y somatización.

En las instrucciones se le solicita al entrevistado que indique la frecuencia con la cual, la semana previa a la aplicación, sintió o se comportó según lo indican las propuestas de los reactivos. Las alternativas de respuesta y los pesos correspondientes son los siguientes: "0" representa ningún día o menos de un día (raramente o nunca); "1" representa de uno a dos días (algunas veces); "2" representa de tres a cuatro días (ocasionalmente); "3" representa de cinco a siete días (la mayor parte del tiempo). Las alternativas de respuesta para los ítems de afecto positivo se codifican en el orden inverso. El puntaje total del

instrumento es la sumatoria de los puntos en los 20 ítems, y tiene un rango de 0 a 60. El NIMH estableció un punto de corte de 16 para la identificación de casos de depresión en estudios epidemiológicos sobre la población de EEUU.

En un estudio sobre la evaluación de la escala realizado en México por Salgado y Maldonado (1994) con una muestra de 250 mujeres adultas, provenientes de una zona rural, se encontró a través de un análisis factorial cuatro factores que, en parte, replicaron los factores hallados para la escala original. Además, se halló un coeficiente de confiabilidad alpha Cronbach de 0.92, y una correlación altamente significativa en la evaluación de la validez de criterio.

En el contexto venezolano, Rotundo y Torres (1994) realizaron un estudio en el que aplicaron la escala para evaluar la prevalencia del humor depresivo en estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello. En el análisis de la confiabilidad por medio del coeficiente alfa Cronbach, hallaron un índice de confiabilidad de 0.882; así mismo, al comparar la escala con la Escala de Depresión de Beck se obtuvo una correlación estadísticamente significativa de 0.68 ($p.<0.05$), reflejando una alta consistencia interna.

En un estudio similar realizado por Pacheco y Suárez (1997), con otra muestra de estudiantes de la misma universidad, se obtuvo un coeficiente de confiabilidad estadísticamente significativo de 0.92. En el análisis factorial de la prueba se encontraron dos factores que explicaron el 57% de la varianza total. El factor 1, constituido por los ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7, 10, 11 y 13, se identificó con síntomas de humor depresivo, relacionados con los indicadores clínicos de irritabilidad, disminución del apetito, tristeza, minusvalía, falta de atención, anhedonia, desesperanza, pérdida de interés, ansiedad, retraimiento, sentimientos de soledad y sentimientos depresivos; y el factor 2, conformado por los ítems 3, 4, 12 y 16, se describió como infelicidad, estado en el que predominaron sentimientos depresivos y baja autoestima. En este mismo factor

se encontraron los ítems 4, 12 y 16, de carga negativa, cuyos puntajes menores reflejaban humor depresivo elevado.

6.4. Escala de Locus de Control de Levenson.

Para la presente investigación, se utilizó la versión de Romero García (1979) de la Escala de Locus de Control de Levenson, la cual fue elaborada a partir de la versión realizada en 1974 por Levenson, quien estructuró la escala en tres subescalas: (a) Internalidad (I), (b) Otros poderosos (AP), y (c) Azar (Az). La escala es de tipo Lickert, puede ser autoaplicada y está conformada por 24 proposiciones con seis categorías de respuesta, donde 1 representa una respuesta de "completamente en desacuerdo" con la proposición y 6 representa una respuesta de "completamente de acuerdo con la proposición". Cada subescala está constituida por ocho proposiciones. Los ítems que conforman la subescala I son los numerados con las cifras: 1, 4, 5, 9, 18, 19, 21 y 23; los de la subescala OP son los numerados con las cifras 3, 8, 11, 13, 15, 17, 20 y 22; y los de la subescala Az son los numerados con las cifras: 2, 6, 7, 10, 12, 14, 16 y 24. El puntaje mínimo para cada subescala es de 8 y el máximo de 48. (Ver Anexo 6).

Levenson (1974) utilizó la prueba del Kuder-Richardson para las tres subescalas: Internalidad (I), Otros Poderosos (OP) y Azar (Az) obteniendo un coeficiente alfa de 0.64 para la escala I; un coeficiente de 0.77 para la subescala OP; y, de 0.78 para la subescala Az. También utilizó el test-retest para determinar la consistencia de las puntuaciones en el tiempo, mediando una semana entre ambas medidas, y obteniendo como coeficientes de correlación entre ambas medidas 0.64 para la subescala I, 0.74 para la subescala OP y 0.64 para la subescala Az.

El investigador determinó la validez de constructo de las tres subescalas a través de un análisis factorial, con rotación varimax, del cual se obtuvieron siete factores que explicaron una varianza total de 52.3%, y valores mayores a 1. La correlaciones entre las tres subescalas fueron las siguientes: OP y Az correlacionaron positivamente con un coeficiente de 0.59 ($p<0.01$), OP y Az correlacionaron negativamente con la subescala I con un coeficiente de –0.14 (OP) y –0.17 (Az).

Mediante el análisis factorial, Levenson (1974) mostró que cada uno de los factores era independiente, lo que le permitió obtener una medida independiente de la Internalidad Total (IT), la cual da una medida del locus de control general. La misma incluye los puntajes obtenidos de las tres subescalas y se calcula mediante la siguiente operación: IT= (Ix2) - (OP+Az).

Un puntaje positivo representa mayor nivel de internalidad, por el contrario, un puntaje negativo representa mayor nivel de externalidad. Por tanto, no es suficiente altos puntajes en internalidad, sino también es necesario obtener bajos puntajes en las subescalas de externalidad (OP y Az). Los puntajes de IT varían en un rango de –40 a +40.

Romero-García (1979) adaptó la escala de Levenson a la población venezolana. Utilizó la prueba test-retest para la obtención de la confiabilidad, mediando tres meses entre ambas medidas. Los coeficientes fueron 0.67 para la subescala I, 0.52 para la subescala OP, y 0.61 para la subescala Az. Las correlaciones entre las tres escalas fueron las siguientes: Entre OP e I, el coeficiente fue de 0.23 ($p=0.05$); entre Az y OP el coeficiente fue de 0.29 ($p=0.01$); y entre I y Az se encontró una relación de -0.07, no significativa a un nivel de significación de 0.01.

6.5. Encuesta de Datos Personales.

Se elaboró una ficha de datos personales de los participantes con el propósito de recabar información sobre algunas variables relacionadas directamente con la investigación y también preservar el contacto con las personas de la muestra. Los contenidos registrados fueron: (a) los datos sociodemográficos como edad, sexo, nivel socioeconómico, nivel de instrucción, estado civil, actividad laboral, dirección y teléfono de habitación; (b) la situación generadora del TEPT; (c) el momento de aparición de los síntomas; (d) algunos datos adicionales como condiciones de salud física y mental, presencia/ausencia de prescripción médica, presencia/ausencia de apoyo social, si tuvo o no pérdidas significativas recientes; y, (e) algunos otros datos de interés relativos a aspectos legales (Ver Anexo 7).

6.6. Escala de Unidades Subjetivas de Perturbación (SUDS).

La SUDS fue elaborada y aplicada por el psiquiatra africano Joseph Wolpe en su método de desensibilización sistemática. Esta escala fue retomada por Shapiro (1995a) para evaluar el nivel de perturbación producido por el recuerdo o la imagen a ser evaluada. La autora modificó el rango original introducido por Wolpe de 0 a 100 y lo sustituyó por el rango de 0 a 10, en donde 0 representa "ninguna perturbación" y 10 representa "la mayor perturbación" que el cliente está experimentando ante el recuerdo traumático (Ver Anexo 8).

La SUDS se utiliza como una medida de evaluación durante la terapia EMDR para medir el grado de perturbación que le produce al paciente recordar la experiencia traumática. En este sentido, se emplea en la fase de evaluación de la emoción, durante la fase de desensibilización y al término de ésta para chequear el curso del tratamiento, y en la fase del examen corporal. En esta fase se emplea hasta el momento en que el cliente reporta un puntaje de 0, ó de 1 a

2, en cuyo caso se trataría de una emoción ecológica que significa que es adecuada para el cliente en ese momento.

6.7. Escala de Validación de las Cogniciones (VOC).

La escala de VOC fue desarrollada por Shapiro (1995a) para evaluar durante la terapia EMDR el nivel de la creencia o cognición positiva que el cliente desea tener en relación con su experiencia traumática. El rango de la escala es de 1 a 7 puntos en donde 1 representa una creencia "completamente falsa" y 7 representa una creencia "completamente verdadera". El cliente asigna en el rango de la escala un punto a su creencia positiva después de la pregunta, "¿Cuán verdadera siente usted su creencia?". La VOC se utiliza en las fases de evaluación de la cognición positiva e instalación de la cognición positiva, es decir antes y después de la etapa de desensibilización que es la fase crucial del proceso terapéutico (Ver Anexo 9).

Las escalas SUDS y VOC fueron utilizadas en el presente estudio sólo como componentes de la intervención terapéutica, pero no como instrumentos de investigación, por lo que no procedió el análisis estadístico de los datos obtenidos en ambos procedimientos.

6.8. Escala de Experiencias Disociativas (EED).

Este instrumento fue elaborado por Putnam y Bethesda (1989; cp. Shapiro, 1995b) y tiene como objetivo evaluar tendencias disociativas en pacientes con cuadros clínicos mentales. El mismo está incluido en la primera fase de la terapia EMDR, con el propósito de permitirle al terapeuta observar si existe riesgo o no de que el paciente pueda disociarse durante el desarrollo de la intervención. Este cuestionario está constituido por 28 ítems acerca de experiencias disociativas

que la persona pudo haber tenido en su vida y de la frecuencia de estas experiencias, algunas de las cuales, son experiencias normales bajo condiciones intensas de estrés. La persona debe responder a la escala, marcando en una línea continua un porcentaje en números del 0% al 100% en cada una de las propuestas. El puntaje total en la escala se obtiene sumando los puntajes de los 28 ítems y dividiéndolos entre 28 (Ver Anexo 10).

La EED no es propiamente un instrumento de diagnóstico, sino más bien de exploración; por lo que, un puntaje promedio mayor a 34 requiere atención clínica para precisar el diagnóstico y el tratamiento posterior a que hubiere lugar. Para efectos del presente trabajo, la EED sólo se utilizó para la selección final de la muestra, de tal forma que si el puntaje promedio obtenido era mayor de 34 se excluía a la persona como participante de la investigación

6.9. Cuestionario sobre Fidelidad del Tratamiento EMDR.

Este instrumento fue elaborado por Hartung y Andreu (1998; cp. Andreu, 1999) (Ver Anexo 11), con el propósito de evaluar la fidelidad a la aplicación de la terapia EMDR por parte de las terapeutas que intervinieron en una investigación realizada por Andreu (1999) con mujeres víctimas de abuso sexual, quienes recibieron EMDR como tratamiento terapéutico. En esta investigación dos personas entrenadas en EMDR utilizaron el cuestionario para evaluar el grado de fidelidad a la terapia EMDR en un muestreo de cintas grabadas durante la intervención. Esta evaluación consistió en registrar el grado de acuerdo entre los dos evaluadores a través de la fórmula siguiente:

$$\frac{\text{Nº de acuerdos}}{\text{Nº de acuerdos} + \text{Nº de desacuerdos}} \times 100$$

En la presente investigación, no fue posible disponer de dos evaluadores expertos en EMDR para el análisis de las cintas, dado que no existen estos recursos profesionales en el país, por lo que la misma investigadora evaluó la intervención de las terapeutas, procesando la información de las sesiones a partir de un muestreo de las cintas, tomando como criterio que cada terapeuta que aplicó la terapia EMDR obtuviera un 75% de aciertos en el Cuestionario de Fidelidad a la terapia EMDR, en cada una de las fases. Así mismo, la investigadora realizó un muestreo de las respuestas registradas por las terapeutas en las Fichas de Trabajo, y evaluó su correspondencia con las preguntas del Cuestionario, posibles de ser observadas y registradas por escrito.

7. PROCEDIMIENTO

a) Entrenamiento de las terapeutas: Se entrenó a cinco psicólogas en el Nivel II de la terapia EMDR, quienes, al igual que la autora del presente trabajo, habían recibido previamente el entrenamiento en el Nivel I, realizado por un grupo de profesionales expertos provenientes del Instituto EMDR. La investigadora recibió el entrenamiento del Nivel II por este mismo grupo de profesionales, y contrató a uno de sus integrantes para venir a Venezuela con el propósito de preparar en el II Nivel al grupo de terapeutas que intervendría en la presente investigación. Este entrenamiento contó con la aprobación de la fundadora de la terapia EMDR, Dra. Francine Shapiro. De las cinco terapeutas entrenadas, tres permanecieron en la investigación y dos se retiraron por razones de traslado de domicilio.

b) Realización del estudio piloto de las siguientes pruebas: (a) Inventario de Reacciones Interpersonales – SIRI (Forma Breve), de Grossarth-Maticek y Eysenk (1990), y (b) Lista de Chequeo de Síntomas de Los Ángeles - LASC, de L. King, D. King, Leskin y Foy (1995). Los resultados del estudio piloto fueron descritos en el apartado de Instrumentos.

c) Contacto con varios centros clínicos y hospitalarios del área metropolitana: Padre Machado, Hospital Militar, Hospital Clínico, Hospital de Clínicas Caracas, y varias unidades de Psicología y Psiquiatría de atención privada, para el reclutamiento y selección de la muestra definitiva.

d) Aplicación de la primera encuesta de datos para la selección inicial de la muestra, según los criterios descritos en la sección de Población y Muestra. De este procedimiento se obtuvo la muestra final constituida por 98 participantes: (a) 24 con diagnóstico de cáncer de mamas o próstata; (b) 24 víctimas de violencia por atraco o secuestro, o víctimas de accidentes automovilísticos graves (éstos dos grupos recibieron la terapia EMDR); (c) 25 en el grupo control placebo; y (d) 25 en el control de "lista de espera", estos últimos dos grupos con características similares a los dos primeros.

e) Con el propósito de preservar la objetividad y confiabilidad del proceso, los dos grupos de participantes que recibieron la terapia EMDR (pacientes con cáncer, y víctimas de violencia o accidentes automovilísticos) fueron asignados aleatoriamente a dos terapeutas, de tal forma que cada profesional trabajó sólo con un tipo de grupo, sin mediar una elección previa del mismo por parte de las terapeutas. El grupo control placebo fue asignado a la tercera terapeuta.

f) Preparación del cronograma de intervención de los grupos a los que se les aplicó la terapia EMDR. Con cada grupo se realizó un máximo de siete sesiones semanales de una hora aproximadamente: una sesión inicial, cinco de terapia y una de cierre. Tomando en cuenta las posibles contingencias, el lapso de la intervención completa para ambos grupos duró aproximadamente entre 10 y 12 meses.

g) Preparación del cronograma de intervención con el grupo de escucha pasiva. Los 25 pacientes de este grupo recibieron igual número de

sesiones, que el grupo con terapia EMDR, de una hora semanal aproximadamente. Tomando en cuenta las posibles contingencias, este lapso se extendió a un máximo de 12 meses para la intervención completa. Se procuró que este lapso fuese paralelo al de la condición de tratamiento.

h) Preparación del cronograma de intervención con el grupo en lista de espera. A los 25 participantes de este grupo se les aplicó el pretest, esperando para la medida postest un tiempo similar al empleado con cada participante de los grupos tratados (de un mes y medio a dos meses). Tomando en cuenta las posibles contingencias, el lapso para la evaluación de este grupo se extendió a un máximo de 12 meses.

i) Aplicación de los instrumentos de evaluación. En la etapa pretest se les aplicaron a todos los grupos la Encuesta de Datos Personales y la Lista de Chequeo de Síntomas de Los Ángeles (LASC). A los grupos con tratamiento EMDR se les aplicaron además, el Inventario de Reacciones Interpersonales – Forma Breve (SIRI), la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (EDCEE), y la Escala de Locus de Control de Levenson. En la etapa postest, todos los grupos fueron evaluados en la LASC.

j) Se aplicó a los grupos con tratamiento EMDR, en el pretest y previo al inicio de la terapia EMDR, la Escala de Experiencias Disociativas (EED) a fin de detectar pacientes con la tendencia a disociarse. Los participantes que respondieran a los criterios de disociación fueron excluidos de la muestra definitiva.

k) Las terapeutas que participaron siguieron el procedimiento de aplicación de la terapia EMDR, guardando estricta fidelidad a las etapas del tratamiento señaladas por Shapiro (1995a), y descritas en la sesión última del Marco Teórico de la presente investigación. Tal como se señaló en la parte de

Instrumentos, para asegurar el seguimiento estricto del procedimiento, la investigadora muestreó varias sesiones del tratamiento y supervisó las intervenciones utilizando para ello el formato de Fidelidad a la Terapia EMDR y la Ficha de Trabajo. Esta última se utilizó en las sesiones de la terapia para cada participante (Ver Anexo 12). Durante el desarrollo de las fases de intervención, la investigadora mantuvo entrevistas permanentes con las terapeutas. Procedimientos similares se realizaron para el grupo de escucha pasiva.

l) Al término del proceso de intervención, se invitó a los participantes de los dos grupos control (escucha pasiva y lista de espera) a recibir la terapia EMDR por una de las terapeutas. De los miembros de estos grupos sólo cuatro participantes del grupo de escucha pasiva terminaron las sesiones de EMDR, y dos del grupo en lista de espera. Sin embargo, el reporte cualitativo y el promedio de las medidas de SUDS y VOC indicaron que en los seis casos hubo un mejoramiento significativo, tanto de los síntomas específicos del TEPT, como de ajuste.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En la presente investigación se siguieron los criterios éticos propuestos en el Manual de Ética profesional del Psicólogo, así como también los principios del Código Deontológico de la Práctica de Investigación en Psicología, publicado por la Escuela de Psicología de la Universidad Católica Andrés Bello en el año 2002.

Desde el inicio hasta el final de la investigación se guardaron los criterios éticos que garantizan su calidad científica. Se abordó un tema y un trabajo de campo para el cual se tenían previamente las competencias profesionales y la experiencia de trabajo, así como la posibilidad de acceder a una información amplia y completa sobre la materia.

Con el propósito de llevar el control de la investigación, la investigadora realizó una supervisión permanente del trabajo de campo que desarrollaban las terapeutas, para lo cual utilizó la entrevista y el registro de campo en la mayoría de los casos. Así mismo, para el control de la intervención con los grupos que recibieron la terapia EMDR, se realizó un muestreo de sesiones grabadas, previa autorización de los participantes, para evaluar la fidelidad a la terapia.

Se guardó el debido respeto a la dignidad humana de los participantes, preservando su individualidad e intimidad, protegiendo su integridad física y mental, respetando su libertad de participar o no en la investigación, de abandonarla en el momento que ellos lo desearan y resguardando la confidencialidad de la información por ellos reportada. Para lo cual se realizó un encuadre al inicio del trabajo de campo, informando a los participantes sobre el proceso de investigación, las características de la terapia EMDR, las condiciones de tratamiento, así como también el tiempo en que serían atendidos, la duración de la sesiones y los compromisos mutuos que asumirían tanto la investigadora y las terapeutas como los participantes, con lo cual estuvieron de acuerdo.

En este sentido, también se acordó con los participantes de los grupos control, que una vez concluido el número de sesiones (en el caso de escucha pasiva, siete sesiones), o el tiempo transcurrido de al menos siete semanas (en el caso del grupo en lista de espera), recibirían, si así lo deseaban, la terapia EMDR. Por lo que, al término de las sesiones de escucha pasiva y al finalizar las siete semanas después de la primera entrevista en el caso del grupo en lista de espera, se le ofrecieron las sesiones de terapia EMDR, las cuales fueron conducidas por una terapeuta diferente a la primera con la que se tuvo inicialmente el contacto.

En relación con los resultados de las investigaciones, se hizo el compromiso al inicio del trabajo de campo de poner a la disposición de los participantes la información sobre los resultados del trabajo, una vez concluida la etapa de su

evaluación; así mismo, como ocurre normalmente en un proceso de ayuda terapéutica al término de todas las sesiones y antes de despedir al participante, se le dio la información de los resultados de las sesiones y del proceso de intervención, a cada participante. Esto mismo se hizo tanto con los grupos que recibieron la terapia EMDR como con el grupo que recibió escucha pasiva, y con las personas de ambos grupos control que posteriormente a la investigación de campo solicitaron la terapia EMDR.

El valor ético de la presente investigación, además del respeto a la dignidad humana de los participantes y del respeto a los principios y estándares de fidelidad a la investigación científica, ha sido el de contribuir al mejoramiento de la salud mental y de la calidad de vida de las personas afectadas por el TEPT.

IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Con el propósito de observar el comportamiento de las variables y el de los grupos que conformaron la muestra tanto en la fase pretest como en la postest, se realizó un análisis descriptivo de tipo exploratorio sobre las puntuaciones obtenidas por la muestra en: (a) la Lista de Chequeo de Síntomas de Los Ángeles (LASC), en sus dimensiones de TEPT y Ajuste; (b) el Inventario de Reacciones Interpersonales – Forma Breve (SIRI); (c) la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (DECEE); y (d) la Escala de Locus de Control de Levenson.

1. Lista de Chequeo de Síntomas de Los Ángeles (LASC)

1.1. Fase Pretest:

Los resultados obtenidos por los dos grupos que recibieron la terapia EMDR en la fase pretest de la LASC, indicaron que estos grupos obtuvieron en la dimensión de síntomas específicos de TEPT una media de 50.94 (SD= 8.596) y asimetría negativa (As= -0.12), lo que muestra que la puntuaciones se inclinaron hacia el extremo superior de la distribución, indicando que los individuos de ambos grupos presentaban los síntomas de TEPT. La distribución fue mesocúrtica y homogénea (Ku= -0.44 CV= 16.87%). Para estos mismos grupos la media del pretest de Ajuste fue de 55.60 (SD= 9.123) y la asimetría fue negativa (As= -0.21), indicando que la mayor parte de las puntuaciones se agruparon hacia la parte superior de la distribución, lo cual sugiere que los participantes poseían trastornos de estrés en la dimensión de ajuste. En relación con la forma, se presentó como una distribución adecuada y mesocúrtica (Ku= -0.52; CV= 16.18%).

De modo similar, los grupos que no recibieron EMDR obtuvieron en la dimensión TEPT una media de 54.22 (SD= 8.464) con una asimetría negativa (As= -0.12), por lo que las puntuaciones se inclinaron hacia la parte superior de la distribución, indicando que los participantes poseían niveles moderados de TEPT. La forma de la distribución fue mesocúrtica y homogénea (Ku= -0.85; CV= 15.61%). En el pretest de Ajuste, estos grupos obtuvieron una media de 59.48 (SD= 10.99) con asimetría positiva (As= 0.10), lo que indica que los puntajes se ubicaron ligeramente hacia la parte inferior de la distribución, mostrando niveles promedio en trastornos de ajuste. La distribución fue adecuada y mesocúrtica (Ku= -0.71; CV= 18.47%).

Más concretamente, en el grupo control de escucha pasiva, la mayoría de las personas en el pretest de la dimensión de síntomas específicos de TEPT se ubicaron ligeramente en los valores promedios de la distribución con una asimetría positiva (Media= 52.40; SD=8.869; As= 0.06), lo que indica que los participantes presentaban los síntomas de TEPT en niveles moderados. La distribución se mostró ligeramente platicúrtica y homogénea (Ku= -0.98; CV= 16.92%). Este mismo grupo, en el pretest de Ajuste obtuvo una media de 59.12 (SD= 11.345) con una asimetría positiva (As= 0.37), lo que evidencia que la mayoría de las puntuaciones se inclinaron ligeramente hacia la mitad inferior de la distribución, mostrando que las personas presentaban niveles moderados en trastornos de ajuste. La distribución se mostró mesocúrtica y homogénea (Ku= -0.63; CV= 19.18%).

Por su parte, el grupo de lista de espera, en la fase pretest de TEPT obtuvo una media de 56.04 (SD= 7.791) con asimetría negativa (As= -0.18), lo que muestra que las puntuaciones se ubicaron hacia el extremo superior de la distribución e indica que la mayoría de los participantes presentaban TEPT. La forma de la distribución fue mesocúrtica y homogénea (Ku= -0.62; CV= 13.90%). En el pretest de la dimensión de ajuste, este grupo obtuvo una media de 59.84 (SD= 10.85) y asimetría negativa (As= -0.19), indicando que las puntuaciones se inclinaron por encima del promedio, por lo que las personas tenían niveles

moderados en trastornos de ajuste. La distribución fue mesocúrtica y homogénea (Ku= -0.59; CV= 18.13%).

1.2. Fase Postest:

Los resultados obtenidos en la fase postest de la LASC, en sus dimensiones de TEPT y Ajuste, por los dos grupos que recibieron EMDR pusieron de manifiesto que en la dimensión de síntomas específicos de TEPT, estos grupos obtuvieron una media de 24.58 (SD= 9.929) y asimetría positiva (As=0.26), lo que indica que la puntuaciones se inclinaron hacia el extremo inferior de la distribución mostrando que, en esta fase, hubo una disminución de los síntomas específicos de TEPT. En cuanto a su forma, se presentó como una distribución ligeramente platicúrtica y heterogénea (Ku= -0.99 CV= 40.39%). Para este mismo grupo la media del postest en Ajuste fue de 30.21 (SD= 11.845) con asimetría positiva (As =0.38), indicando que en su mayoría las puntuaciones se ubicaron en los valores inferiores de la distribución y que las personas, en este caso, poseían niveles bajos en trastornos en ajuste. En relación a la forma, se presentó como una distribución mesocúrtica y heterogénea (Ku= -0.54; CV= 39.20%).

A diferencia de lo anterior, los grupos que no recibieron EMDR obtuvieron, en la fase postest de TEPT, una media de 53.46 (SD= 9.744) con una asimetría negativa (As= -0.44), por lo que las puntuaciones se inclinaron hacia la parte superior de la distribución, indicando que los participantes presentaban niveles moderados de síntomas específicos de TEPT. La forma de la distribución fue mesocúrtica y homogénea (Ku= -0.36; CV= 18.22%). Estos grupos obtuvieron en el postest de Ajuste una media de 63.26 (SD= 12.32) con asimetría negativa (As= -0.03), lo que indica que los puntajes se ubicaron ligeramente hacia la parte superior de la distribución, por lo que en las personas de estos grupos se mantuvieron los trastornos de ajuste. La distribución fue adecuada y mesocúrtica (Ku= -0.87; CV= 19.48%).

En el postest de síntomas específicos de TEPT, la mayoría de las personas del grupo control de escucha pasiva se ubicó ligeramente por debajo de los valores promedios de la distribución, con una asimetría positiva (Media= 49.64; SD= 10.618; As= 0.10), lo que indica que los participantes presentaban los síntomas de TEPT en término medio. La distribución se mostró mesocúrtica y homogénea (Ku= -0.41; CV= 21.39%). Este mismo grupo, en el postest de Ajuste obtuvo una media de 61.24 (SD= 11.977) y una asimetría negativa (As= -0.16), lo que evidencia que la mayoría de las puntuaciones se inclinaron hacia la mitad superior de la distribución, mostrando que en las personas de este grupo aumentaron ligeramente los niveles en la sintomatología de ajuste. La distribución se mostró mesocúrtica y homogénea (Ku= -0.77; CV= 19.55%).

Por su parte, el grupo control de lista de espera, en la fase postest de síntomas específicos de TEPT, obtuvo una media de 57.28 (SD= 7.121) con asimetría negativa (As= -0.58), lo que muestra que las puntuaciones se ubicaron hacia el extremo superior de la distribución e indica que la mayoría de los participantes aumentaron su sintomatología en TEPT. La forma de la distribución se presentó mesocúrtica y homogénea (Ku= -0.30; CV= 12.43%). En el postest de la dimensión de Ajuste, este grupo obtuvo una media de 65.28 (SD= 12.568) con asimetría negativa (As= 0.02), indicando que las puntuaciones se mantuvieron por encima del promedio, por lo que las personas tenían niveles moderados en trastornos de ajuste. La distribución fue platicúrtica y homogénea (Ku= -1.13; CV= 19.25 %).

2. Trastornos de Estrés Postraumático en función de los tipos de reacción al estrés (SIRI).

Se realizó un análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas en las fases pretest y postest de la LASC, en función de los tipos de reacción al estrés (saludable y no saludable). Este análisis se realizó con las puntuaciones obtenidas por los dos grupos que recibieron la terapia EMDR.

Los resultados pusieron de manifiesto que, en primer lugar, en el pretest de síntomas específicos de TEPT, el tipo saludable obtuvo una media de 47.00 (SD= 7.255) con asimetría negativa (As= -0.33), lo que indica que las puntuaciones se ubicaron por encima de la media total, mostrando que las personas pertenecientes al tipo saludable presentaban síntomas de TEPT. Con respecto a la forma, se obtuvo una dispersión mesocúrtica y homogénea (Ku= -0.87 y CV= 15.43%). Este mismo tipo obtuvo, en el pretest de Ajuste, una media de 52.62 (SD= 9.135) y asimetría positiva (As= 0.18), lo que indica que los puntajes se inclinaron ligeramente hacia la parte inferior de la distribución, mostrando que las personas de este grupo tenían problemas menores en ajuste. En cuanto a su forma, la distribución fue mesocúrtica y homogénea (Ku = -0.11; CV= 17.36%).

A diferencia de lo anterior, el tipo no saludable obtuvo en el pretest de síntomas específicos de TEPT una media de 55.59 (SD= 7.799) con asimetría negativa (As= -0.37), ubicándose sus puntuaciones en el extremo superior de la distribución, lo que indica que las personas del tipo no saludable presentaban la sintomatología de TEPT en forma más marcada que las personas del tipo saludable. La distribución, en cuanto a su forma, fue mesocúrtica y homogénea (Ku= -0.09 CV= 14.02%). Este tipo obtuvo en el pretest de Ajuste una media de 59.14 (SD= 7.924) con asimetría negativa (As= -0.63), lo que indica que los puntajes se encontraban en la parte superior de la distribución, por lo que las personas de este tipo tenían puntajes más elevados en ajuste que las del tipo saludable. En cuanto a su forma, la distribución fue mesocúrtica y homogénea (Ku = 0.11 CV= 13.39%).

En segundo lugar, en lo que respecta al postest de síntomas específicos de TEPT, el tipo saludable obtuvo una media de 17.15 (SD= 5.205) y asimetría positiva (As= 0.17), lo que indica que las puntuaciones se ubicaron por encima de la media total, mostrando que las personas pertenecientes a este tipo presentaron una disminución considerable de los síntomas de TEPT. Con

respecto a la forma, se observó una dispersión homogénea y platicúrtica (Ku= -1,22 CV= 30.34%). Este mismo tipo, obtuvo en el postest de Ajuste una media de 22.46 (SD= 7.146) y asimetría negativa pequeña (As= -0.03), lo que indica que los puntajes se inclinaron ligeramente hacia la parte superior de la distribución, mostrando que las personas del tipo saludable, si bien continuaron presentando problemas de ajuste, éstos habían disminuido significativamente en la fase postest. La distribución tuvo una forma ligeramente platicúrtica y homogénea (Ku = -1.06; CV= 31.81%).

A diferencia de lo anterior, el tipo no saludable tuvo, en el postest de síntomas específicos de TEPT, una media de 33.36 (SD= 6.268) con asimetría negativa pequeña (As= -0.03), ubicándose sus puntuaciones ligeramente en la parte superior de la distribución, lo que se traduce en que los individuos del tipo no saludable presentaban una sintomatología de TEPT en mayor nivel que los del tipo saludable, cuyas puntuaciones se ubicaron por debajo de la media. La distribución, en cuanto a su forma, fue mesocúrtica y homogénea (Ku= -0.87; CV= 18.78%). Este mismo tipo obtuvo, en el postest de Ajuste, una media de 39.36 (SD= 9.545) con asimetría positiva (As= -0.042), ubicándose sus puntajes en la parte superior de la distribución, por lo que las personas de este tipo tuvieron mayores puntajes en ajuste que las del tipo saludable. En cuanto a su forma, la distribución fue mesocúrtica y homogénea (Ku = -0.87; CV= 24.25%).

3. Trastornos de Estrés Postraumático en función de la situación generadora de estrés.

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en la LASC en función de la situación generadora de estrés, por los grupos que recibieron la terapia EMDR (cáncer o violencia/accidentes), los resultados del análisis descriptivo indicaron en primer lugar, que en el pretest de síntomas específicos de TEPT, las personas con diagnóstico de cáncer obtuvieron una media de 50.54 (SD= 9.551)

y asimetría negativa igual a -0.15, lo que señala que las puntuaciones se inclinaron hacia la parte superior de la distribución, evidenciando la presencia moderada de síntomas específicos de TEPT previo al tratamiento de EMDR. En cuanto a su forma se presentó como una distribución mesocúrtica y homogénea (Ku= -0.63; CV= 18.89%). En la dimensión de Ajuste, este grupo obtuvo una media de 54.42 (SD= 9.934) y una asimetría negativa de -0.32, lo que refleja unos puntajes hacia los valores altos de la curva. La forma de la distribución fue mesocúrtica y homogénea (Ku= -0.67; CV= 18.25%).

Por su parte, el grupo en situación de violencia/accidentes obtuvo en el pretest de síntomas específicos de TEPT una media de 51.33 (SD= 7.75) y una asimetría positiva pequeña (As= 0.03), de modo que los puntajes se distribuyeron con una dispersión adecuada (CV= 15.02%) alrededor de la media y de forma mesocúrtica (Ku= -0.21). En este grupo, las puntuaciones en el pretest de Ajuste se inclinaron ligeramente hacia la parte inferior de la distribución, con una asimetría positiva pequeña (Media= 56.79; SD= 8.272; As= 0.16), lo que indica que los individuos de este grupo poseían trastornos de ajuste a niveles moderados. La forma de la distribución fue homogénea y mesocúrtica (Ku= -0.82; CV= 14.56%).

En segundo lugar, en cuanto al postest de síntomas específicos de TEPT, el grupo con diagnóstico de cáncer obtuvo una media de 28.13 (SD= 10.498) y una asimetría negativa pequeña (As= -0.05), lo que indica que las puntuaciones se distribuyeron alrededor de los valores medios, habiendo diminuido sus puntuaciones en TEPT en comparación con las obtenidas por este mismo grupo en la fase pretest. En cuanto a su forma, se presentó como una distribución platicúrtica y heterogénea (Ku= -1.37; CV= 37.31%). En la dimensión de Ajuste este grupo obtuvo una media de 34.17 (SD= 10.857) y una asimetría positiva de 0.11, lo que refleja unos puntajes hacia el extremo inferior de la curva. La forma de la distribución fue mesocúrtica y heterogénea (Ku= 0.10; CV= 31.77%).

Similarmente, el grupo en situación de violencia/accidentes obtuvo en la fase postest de síntomas específicos de TEPT una media de 21.04 (SD= 8.068) y asimetría positiva (As= 0.13), por lo que sus puntuaciones se ubicaron en los valores inferiores de la distribución, habiendo disminuido significativamente la sintomatología en TEPT. La distribución se mostró platicúrtica y heterogénea (Ku= -1.17; CV= 38.34%). Las puntuaciones en el postest de Ajuste se inclinaron hacia la parte inferior de la distribución, con una asimetría positiva (Media= 26.25; SD= 11.667; As= 0.90), lo que indica una disminución de los trastornos de ajuste. La forma de la distribución se presentó mesocúrtica y heterogénea (Ku= 0.12; CV= 44.45%).

4. Trastornos de Estrés Postraumático en función del sexo.

El análisis descriptivo realizado con las puntuaciones obtenidas en la LASC en función del sexo de los participantes provenientes de los grupos que recibieron la terapia EMDR puso de manifiesto que, en lo referente a la fase pretest de síntomas específicos de TEPT, los individuos del sexo masculino obtuvieron una media de 51.68 (SD= 9.499) y asimetría negativa (As= -0.44), lo que indica una tendencia de los puntajes a agruparse en los valores superiores de la escala, evidenciando que los hombres presentaban TEPT. La distribución fue homogénea y presentó una forma mesocúrtica (Ku= -0.03; CV= 18.38%). Este mismo grupo, en el pretest de Ajuste, obtuvo una media de 56.21 (SD= 9.607) con asimetría negativa moderada (As= -0.46), en forma mesocúrtica y con una dispersión adecuada (Ku= 0.45; CV= 17.09%). Estos resultados indican que los puntajes se ubicaron hacia el extremo superior de la distribución, evidenciando la presencia de trastornos de ajuste.

Así mismo, las participantes del sexo femenino obtuvieron en la fase pretest de síntomas específicos de TEPT, una media de 50,45 (SD= 8.087) con una asimetría positiva pequeña (As= 0.13) de forma homogénea y mesocúrtica (Ku= -0.61; CV= 16.02%), lo cual revela que las mujeres presentaban niveles

promedios de TEPT. En cuanto al pretest de Ajuste, el grupo de mujeres obtuvo una media de 55.21 (SD= 8.942) y una asimetría negativa pequeña (As= - 0.06) con una dispersión homogénea y de forma platicúrtica (Ku= -1.04; CV= 16.19%), lo que muestra que los valores se agruparon hacia la parte superior de la distribución, evidenciando la presencia de trastornos de ajuste moderados.

En cuanto a la fase postest de síntomas específicos de TEPT, el grupo de los hombres obtuvo una media de 28.42 (SD= 8.834), una asimetría negativa muy pequeña (As= -0.06) y una distribución heterogénea de forma ligeramente platicúrtica (Ku= -0.98; CV= 31.08%), lo que indica una tendencia de los puntajes a agruparse alrededor de los valores medios, ligeramente por encima de éstos, evidenciando que los hombres disminuyeron sus puntuaciones en TEPT, con respecto a los resultados por ellos obtenidos en la fase pretest. En el postest de Ajuste, este grupo obtuvo una media de 33.63 (SD= 11.398) con asimetría positiva (As= 0.58), en forma mesocúrtica y con una dispersión heterogénea (Ku= -0.69; CV= 33.89%), lo que indica que los puntajes se agruparon en el parte inferior de la escala, evidenciando una disminución de los trastornos de ajuste.

Por su parte, las mujeres obtuvieron, en la fase postest de síntomas específicos de TEPT, una media de 22.07 (SD= 9.939) con asimetría positiva (As= 0.63), ubicándose los valores en el extremo inferior de la distribución, lo que muestra que en las mujeres hubo una disminución notable de los niveles de síntomas específicos de TEPT. La distribución se mostró heterogénea y de forma mesocúrtica (Ku= -0.53; CV= 45.03%). En el postest de Ajuste, el grupo de mujeres obtuvo una media de 27.97 (SD= 11.782) con asimetría positiva (As= 0.37), por lo que los puntajes se agruparon hacia la parte inferior de distribución, mostrando una disminución considerable de los puntajes en trastornos de ajuste. En cuanto a la forma, la distribución fue heterogénea y mesocúrtica (Ku= -0.58; CV= 42.12%).

5. Depresión e Internalidad:

Se realizó un análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas por los dos grupos que recibieron la terapia EMDR en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (EDCEE) y en la Escala de Internalidad, en función de los tipos de reacción al estrés, situación generadora del TEPT, y sexo, que fueron obtenidas por los dos grupos que recibieron la terapia EMDR. Como ya fue señalado anteriormente, estos instrumentos se aplicaron solamente antes de la intervención de la terapia.

5.1. Depresión e Internalidad en función de los tipos de reacción al estrés:

En relación con los tipos de reacción al estrés, el tipo saludable en la EDCEE obtuvo una media de 30.65 (SD= 5.844) con asimetría moderada (As= 0.21), lo que indica que las puntuaciones se inclinaron ligeramente hacia la parte inferior de la distribución, mostrando que las personas pertenecientes al tipo saludable presentaron menos factores de riesgo asociados a la depresión. Con respecto a la forma, se obtuvo una dispersión mesocúrtica y homogénea (Ku= -0.57 y CV= 19.06%). A diferencia de lo anterior, el tipo no saludable obtuvo en la EDCEE una media de 43.59 (SD= 6.185) con asimetría moderada (As= 0.25), inclinándose sus puntuaciones hacia la parte superior de la distribución, lo que indica que las personas del tipo no saludable presentaron mayores factores de riesgo de depresión, que las personas del tipo saludable. La distribución, en cuanto a su forma, fue ligeramente platicúrtica y homogénea (Ku= -0.95, CV= 14.18%).

En la escala de Internalidad Total, el tipo saludable obtuvo una media de 25.36 (SD= 4.403) con una asimetría muy pequeña (As= 0.02), lo que indica que los valores se distribuyeron ligeramente por encima la media, sugiriendo que la mayoría de los participantes tenían una adecuada internalidad total. La forma de la distribución fue mesocúrtica y homogénea (Ku= - 0.68 y CV= 17.35%). El tipo

no saludable obtuvo una media de 10.30 (SD= 9.09) con asimetría negativa (As= -1.643), la distribución fue leptocúrtica y heterogénea (Ku = 3.88 y CV = 88.33%), lo que evidencia una distribución bastante dispersa e indica que unas personas puntuaron bajo en la escala, mientras otras obtuvieron puntajes más elevados.

5.2. Depresión e Internalidad en función de la situación generadora de estrés.

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en la EDCEE en función de la situación generadora de estrés, los resultados del análisis descriptivo indicaron que las personas con diagnóstico de cáncer obtuvieron una media de 37.13 (SD= 8.664) y asimetría negativa igual a -0.02, lo que indica que las puntuaciones se inclinaron ligeramente hacia la parte superior de la distribución, evidenciando la presencia moderada de factores de riesgo de depresión. En cuanto a su forma, se presentó como una distribución platicúrtica y homogénea (Ku= -1.268; CV= 23.33%). El grupo en situación de violencia o accidentes obtuvo en EDCEE una media de 36.04 (SD= 9.115) y asimetría positiva (As= 0.41), por lo que sus puntuaciones se ubicaron en los valores inferiores de la distribución, lo que indica menores riesgos de desarrollar depresión, en comparación con el grupo de diagnóstico de cáncer. La distribución se mostró mesocúrtica y homogénea (Ku= 0.05; CV= 25.29%).

En la escala de Internalidad Total el grupo con diagnóstico de cáncer obtuvo una media de 19.35 (SD= 7.969) y una asimetría pequeña de 0.07, lo que indica puntajes ligeramente inclinados hacia la parte superior de la distribución y evidencia una inclinación moderada hacia la internalidad. La forma de la distribución fue mesocúrtica y heterogénea (Ku= -0.83; CV= 41.13%). Las puntuaciones del grupo de víctimas de violencia o accidentes se inclinaron hacia el extremo superior de la distribución, con una asimetría negativa (Media= 17.56; SD= 12.206; As= -1.43), lo que podría indicar valores elevados en internalidad total; sin embargo la forma de la distribución se presentó leptocúrtica y

heterogénea (Ku= 2.07; CV= 69.51%), lo que indica que unas personas puntuaron bajo en la escala, mientras otras obtuvieron puntajes elevados.

5.3. Depresión e Internalidad en función del sexo:

En las puntuaciones obtenidas en la EDCEE en función del sexo, los hombres obtuvieron una media de 33.74 (SD= 8.082) con una asimetría pequeña de 0.008, lo que indica una tendencia del grupo a agruparse ligeramente en los valores inferiores de la distribución. La forma de la distribución fue mesocúrtica y homogénea (Ku= -0.81; CV= 23.95%). Estos resultados se traducen en una presencia de pocos indicadores de riesgo de depresión en el grupo de los hombres. De modo similar, las mujeres obtuvieron una media de 38.45 (SD= 8.907) con asimetría positiva (As= 0.21), ubicándose los valores hacia el extremo inferior de la distribución, lo que muestra que en las mujeres se observaron indicadores menores de riesgo en depresión. La distribución se mostró mesocúrtica y homogénea (Ku= -0.89; CV= 23.16%).

En Internalidad Total, el grupo de hombres obtuvo una media de 17.02 (SD= 9.648) y una asimetría negativa moderada (As= -0.85). La forma de la distribución fue leptocúrtica y heterogénea (Ku= 1.00; CV= 56.63%). Estos resultados indican que la mayoría de los puntajes se ubicaron hacia el extremo superior de la distribución; sin embargo, también evidenciaron que algunos valores se registraron en la parte inferior de la misma. Por su parte, el grupo de mujeres obtuvo una media de 19.39 (SD= 10.667) y una asimetría negativa marcada (As= -1.54), con una distribución de forma leptocúrtica y heterogénea (Ku= 3.95; CV= 59.97%). Estos resultados indicaron un elevado puntaje en internalidad total; sin embargo, al igual que en el caso de los hombres, también reflejaron que algunos valores se ubicaron en la parte inferior de la distribución.

PRUEBA DE LA PRIMERA HIPÓTESIS

Para la prueba de la primera hipótesis, referida a la efectividad de la terapia EMDR en el tratamiento del estrés en sus dos dimensiones: TEPT y ajuste, se procedió a realizar un grupo de comparaciones entre los grupos experimentales, que recibieron la terapia EMDR, y los grupos controles que no recibieron EMDR.

En primer lugar, se realizó un análisis de varianza con objeto de, por una parte, determinar si las puntuaciones en las dos dimensiones de la LASC obtenidas en el pretest por los participantes que formaron parte de los grupos experimentales, diferían significativamente de las puntuaciones pretest obtenidas por las personas que formaron parte de los grupos control; y, por otra parte, determinar si había o no diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en el postest, en las dos dimensiones de la LASC, al comparar los grupos experimentales con los control. En este análisis se consideraron conjuntamente las puntuaciones de los dos grupos experimentales (pacientes con diagnóstico de cáncer con EMDR, y personas víctimas de la violencia o accidentes con EMDR), y los dos controles (con escucha pasiva y en lista de espera).

Previo al análisis, mediante el cálculo del estadístico de Levene, se evaluó el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de la varianza de error en cada una de las dimensiones de la LASC (TEPT y Ajuste), tanto en el pretest como en la postest. Se encontró que, efectivamente, en las fases pretest y postest de ambas dimensiones de la LASC se cumplió este supuesto (Pretest: TEPT: $F=0.043$, $p=0.837$; Ajuste: $F=2.287$, $p=0.134$. Postest: TEPT: $F=0.038$, $p=0.846$; Ajuste: $F=0.350$, $p=0.556$) (Ver Anexo 13)

Los resultados obtenidos en el ANOVA pusieron de manifiesto que, antes de la aplicación de la terapia EMDR, los grupos experimentales eran equivalentes a

los grupos control en lo que respecta a la sintomatología específica de TEPT y a los trastornos de Ajuste. De hecho, las puntuaciones medias obtenidas en el pretest de síntomas específicos de TEPT y Ajuste por los participantes de los grupos experimentales (TEPT: Media=50.94; Ajuste: Media=55.60), no difirieron significativamente de las puntuaciones medias obtenidas en el pretest de ambas dimensiones por las personas de los grupos control (TEPT: Media=54.22; Ajuste: Media=59.48) (TEPT: F=3.627, p=0.060; Ajuste: F=3.593, p=0.061) (Ver Anexo 13).

A diferencia de los resultados anteriores, los grupos experimentales sí difirieron significativamente de los grupos control en las medidas postest, tanto en la sintomatología específica del TEPT como en la de ajuste (TEPT: F= 211,11; p=0.000; Ajuste: F=183,03; p=0.000). Estas diferencias mostraron que las puntuaciones promedio obtenidas en las dos dimensiones de la LASC por los participantes que recibieron EMDR fueron significativamente inferiores (TEPT: Media=24.58; Ajuste: Media=30.21), a las obtenidas por las personas que no recibieron EMDR (TEPT: Media=53.46; Ajuste: Media=63.26) (Ver Anexo 13).

Considerando conjuntamente los resultados obtenidos en la comparación pretest y los hallados en la comparación postest, éstos pusieron de manifiesto que al inicio del estudio, todos los grupos de participantes eran equivalentes en cuanto a la sintomatología específica de TEPT y de ajuste; pero, luego del tratamiento, aquellas personas que recibieron la terapia EMDR obtuvieron unas puntuaciones significativamente inferiores a las obtenidas por las que no recibieron la terapia EMDR. Estos resultados indican que, al término del estudio, los individuos que recibieron la terapia EMDR mostraron una mejoría significativa en los síntomas en ambas dimensiones del estrés, en comparación con los grupos que no la recibieron, lo cual se constituye en evidencia a favor de la primera hipótesis de la presente investigación sobre la efectividad de la terapia EMDR en el mejoramiento de los síntomas del TEPT.

En segundo lugar, se compararon las puntuaciones obtenidas en el pretest por el grupo experimental conformado por pacientes con diagnóstico de cáncer que recibieron la terapia EMDR, con las puntuaciones obtenidas por los dos grupos control: con escucha pasiva y en lista de espera, y se compararon entre sí los dos grupos control. Las mismas comparaciones entre estos grupos se realizaron para las medidas postest. Para ello se aplicó la prueba T de Student.

En lo que respecta a la comparación de las puntuaciones del grupo con cáncer y EMDR y las del grupo control con escucha pasiva, tanto en la medida pretest como en la postest, se evaluó el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de la varianza. Los resultados obtenidos en el test de Levene indicaron que efectivamente se cumplió este supuesto para ambas dimensiones del estrés (Pretest: TEPT: F=0.030, p=0.864; Ajuste: F=0.693, p=0.409. Postest: TEPT: F=0.332, p=0.567; Ajuste: F=0.499, p=0.483) (Ver Anexo 14).

Se halló que, en la medida pretest, no hubo diferencias significativas entre los grupos, ni en cuanto a la sintomatología específica de TETP (Media grupo con EMDR= 50.54; Media grupo escucha pasiva= 52.40; t= -0.706, p= 0.484), ni en cuanto al Ajuste (Media grupo con EMDR= 54.42; Media grupo escucha pasiva= 59.12; t= -1.542, p=0.130). Esto indica que los dos grupos eran equivalentes al inicio del estudio. No obstante, estos grupos sí difirieron significativamente en las medidas postest, tanto en la sintomatología específica del TEPT (t= -7.13, p=0.000), como en la de Ajuste (t= -8.279, p= 0.000). Estas diferencias mostraron que, tal y como se esperaba, las puntuaciones medias obtenidas en ambas dimensiones de la LASC en la fase postest por el grupo que recibió EMDR fueron significativamente inferiores (TEPT: Media= 28.13; Ajuste: Media= 34.17) a las obtenidas por el grupo control de escucha pasiva (TEPT: Media= 49.64; Ajuste: Media= 61.24) (Ver Anexo 14).

En cuanto a la comparación entre las puntuaciones obtenidas por el grupo con cáncer y EMDR y las obtenidas por el grupo control en lista de espera, se

comprobó el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de la varianza para ambas dimensiones del estrés en el pretest (TEPT: F= 0.923, p= 0.342; Ajuste: F= 0.174, p= 0.679), y en el postest de Ajuste (F= 1.144, p= 0.29). Sin embargo, este supuesto no se cumplió en el postest de síntomas específicos de TEPT (F= 7.609, p= 0.008), por lo que en este caso se analizaron los datos asumiendo la no homogeneidad de la varianza de error (Ver Anexo 15)

Los resultados obtenidos en esta comparación indicaron que, en la medida pretest, hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la sintomatología específica de TETP (t= -2.212, p= 0.032); pero, no las hubo en cuanto al ajuste (t= -1.823, p= 0.075). Esto muestra que, al inicio del estudio, los grupos no eran equivalentes en TEPT, en el sentido de que las personas con cáncer y EMDR comenzaron teniendo una menor sintomatología específica de TEPT (Media=50.54), que el grupo control en lista de espera (Media= 56.04). Estos grupos difirieron significativamente en las medidas postest, tanto en la sintomatología específica del TEPT (t= -11.331; p= 0.000), como en la de ajuste (t= -9.256, p= 0.000). Estas diferencias mostraron que las puntuaciones medias obtenidas en la fase postest, tanto en los síntomas específicos del TEPT como en los de Ajuste, por el grupo que recibió EMDR fueron significativamente inferiores (TEPT: Media= 28.13; Ajuste: Media= 34.17), a las obtenidas por el grupo control en lista de espera (TEPT: Media= 57.28; Ajuste: Media= 65.28) (Ver Anexo 15).

Considerados en su conjunto, estos resultados se constituyen nuevamente en evidencia de la efectividad de la terapia EMDR en el mejoramiento del trastorno de estrés postraumático, al evidenciar que los pacientes con diagnóstico de cáncer que participaron en la presente investigación mostraron una mejoría significativa, tanto en la sintomatología específica del TEPT, como en la de ajuste luego de haber recibido la terapia EMDR; mejoría que no ocurrió ni en el grupo sometido a escucha pasiva, ni en el de lista de espera.

De hecho, el análisis realizado con la finalidad de evaluar las diferencias entre las medidas pretest y postest puso de manifiesto que, en el grupo de pacientes con cáncer y EMDR hubo una diferencia estadísticamente significativa entre el pre y el postest, tanto en la medida de TEPT (t= 12.81, p=0.000), como en la de Ajuste (t= 9.70, p=0.000) (ver Anexo 16). Esta diferencia mostró una notable mejoría de la sintomatología específica del TEPT (Media pretest= 50.54; Media postest= 28.13) y del ajuste (Media pretest= 54.42, Media postest= 34.17) como efecto de la terapia EMDR (Ver Anexo 14).

A diferencia de lo anterior, las medidas pre y postest del grupo control de escucha pasiva no difirieron significativamente, ni en lo que respecta a la sintomatología específica del TEPT (Media pretest= 52.40, Media postest= 49.64; t= 1.77, p=0.090), ni en lo relativo al ajuste (Media pretest= 59.12, Media postest=61.24; t= -1.70, p=0.102) (Ver Anexos 14 y 16). Algo similar sucedió en el grupo control en lista de espera. En este grupo tampoco hubo diferencias significativas entre la medida pretest y postest de sintomatología específica de TEPT (Media pretest=56.04, Media postest=57.28; t= -0.87, p=0.391), y se constató un empeoramiento significativo de los síntomas en la dimensión de ajuste (Media pretest=59.84; Media postest=65.28; t= -6.38, p=0.000) (Ver Anexos 15 y 16).

En tercer lugar, se evaluaron las diferencias entre el grupo experimental constituido por personas víctimas de accidentes o violencia urbana que recibieron la terapia EMDR, y cada uno de los grupos control en cada dimensión de la LASC, usando para ello la T de Student.

Con relación a la comparación entre el grupo de víctimas de violencia o accidentes con EMDR y el grupo control con escucha pasiva, se obtuvieron varianzas homogéneas para ambas dimensiones de la prueba, tanto en el pretest (TEPT: F= 0.97 p= 0.330; Ajuste: F= 3.304, p= 0.075), como en el postest (TEPT: F= 0.868, p= 0.356; Ajuste: F= 0.133, p=0.717) (Ver Anexo 17).

Los resultados hallados en esta comparación evidenciaron que, en la etapa pretest no hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la sintomatología específica del TEPT (Media del grupo con EMDR= 51.33; Media del grupo escucha pasiva= 52.40; t= -0.448, p= 0.656) y el Ajuste (Media del grupo con EMDR= 56.79; Media del grupo escucha pasiva= 59.13; t= -0.818, p= 0.417), por lo que ambos grupos fueron equivalentes al inicio del estudio (Ver Anexo 17). Sin embargo, en la medida postest, ambos grupos sí difirieron significativamente tanto en TEPT como en ajuste (TEPT: t= -10.583, p= 0.000; Ajuste: t= -10.353, p=0.000). Estas diferencias mostraron que, las puntuaciones obtenidas por el grupo víctima de la violencia o accidentes que recibió la terapia EMDR fueron significativamente menores (TEPT: Media= 21.04, Ajuste: Media= 26.25) a las obtenidas por el grupo control con Escucha Pasiva (TEPT: Media= 49.64, Ajuste: Media= 61.24) (Ver Anexo 17).

En lo referente a la comparación entre el grupo víctima de la violencia o accidentes que recibió la terapia EMDR y el grupo control en lista de espera en cada dimensión de la LASC se cumplió el supuesto de la homogeneidad de la varianza de error, tanto en el pretest (TEPT: F= 0.018, p= 0.894; Ajuste: F= 1.842, p= 0.181), como en el postest (TEPT: F= 0.924, p= 0.341; Ajuste: F= 0.51, p= 0.479) (Ver Anexo 18)

Se halló que en el pretest ambos grupos difirieron significativamente en cuanto a la sintomatología del TEPT (t= -2.125, p= 0.039), diferencia la cual mostró que el grupo en lista de espera presentó en el pretest niveles más altos de la sintomatología específica de TEPT (Media= 56.04) que el grupo víctima de violencia o accidente (Media= 51.33). Pero ambos grupos no difirieron significativamente en la medida de Ajuste (Media del grupo con EMDR= 56.79; Media del grupo en lista de espera= 59.84; t= -1.103, p= 0.276) (Ver Anexo 18). Estos dos grupos difirieron significativamente en las medidas postest, tanto en la sintomatología específica del TEPT (t= -16.687; p=0.000), como en la de Ajuste (t= -11.254, p= 0.000). Estas diferencias mostraron que las puntuaciones medias

obtenidas en la fase postest por el grupo víctima de la violencia o accidentes que recibió EMDR fueron significativamente inferiores (TEPT: Media= 21.04; Ajuste: Media= 26.25) que las obtenidas por el grupo control en lista de espera (TEPT: Media= 57.28; Ajuste: Media= 65.28) (Ver Anexo 18). Nuevamente, estos resultados permiten apoyar la hipótesis relativa a la efectividad de la terapia EMDR en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático, al mostrar que las personas víctimas de violencia o accidentes que participaron en el presente estudio tuvieron una mejoría significativa, tanto en la sintomatología específica de TEPT como en la de Ajuste, luego de haber recibido la terapia EMDR, mejoría que, como ya se señaló, no se dio en ninguno de los dos grupos control.

De hecho, y al igual que se observó en el grupo con cáncer y EMDR, en el grupo de víctimas de violencia o accidentes se constató que hubo una diferencia significativa al comparar el pre y el postest, tanto en la sintomatología específica del TEPT (t= 15.89, p= 0.000), como en la de Ajuste (t= 10.49, p= 0.000). Esta diferencia evidenció una considerable mejoría del TEPT (Media pretest= 51.33, Media postest= 21.04) y del ajuste (Media pretest= 56.79, Media postest= 26.25) como efecto de la terapia EMDR (Ver Anexo 16 y 17).

Finalmente, con el propósito de observar el comportamiento de los grupos control en la prueba LASC, se comparó el grupo control con escucha pasiva y el grupo control en lista de espera en las dos dimensiones de esta prueba. Se constató el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de la varianza de error en la medida pretest (TEPT: F= 0.762, p= 0.387; Ajuste: F= 0.155, p= 0.696) y en la medida postest de ambas dimensiones (TEPT: F= 2.859, p= 0.097; Ajuste: F= 0.13, p= 0.716). (Ver Anexo 19).

En la medida pretest, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos control, ni en cuanto a la sintomatología específica de TEPT (t= -1.542, p= 0.130), ni en cuanto al ajuste (t= -0.229, p= 0.820). Esto indica que estos grupos eran equivalentes en TEPT al inicio del estudio (Ver anexo 19). No

obstante, los grupos control sí difirieron significativamente en las medidas postest del TEPT (t= -2.988; p= 0.004). Estas diferencias mostraron que la puntuación media obtenida por el grupo que recibió escucha pasiva fue significativamente inferior (Media= 49.64) a la obtenida por el grupo de Lista de Espera (Media= 57.28). No ocurrió así en el postest de Ajuste, en el que no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos (t= -1.164, p= 0.250), siendo la puntuación media de ambos muy similar (Media del grupo de escucha pasiva= 61.24; Media del grupo en lista de espera= 65.28) (Ver Anexo 19).

PRUEBA DE LA SEGUNDA HIPÓTESIS

Para la puesta a prueba de la hipótesis referida a que la efectividad de la terapia EMDR varía según los tipos de reacción al estrés, los análisis estadísticos se llevaron a cabo tomando en cuenta los resultados del estudio piloto realizado en la presente investigación sobre el Inventario de Reacciones Interpersonales (SIRI - Forma Breve), en el cual se encontraron dos tipos consistentes: (a) el tipo saludable (correspondiente al tipo 3: histérico, tipo 4: saludable y tipo 6: antisocial-psicopático); y, (b) el tipo no saludable (que incluye al tipo 1: predisposición al cáncer; tipo 2: predisposición a la cardiopatía coronaria y tipo 5: racional-antiemocional).

Una vez que se comprobó que la terapia EMDR había sido efectiva en el tratamiento de la sintomatología del estrés postraumático en los dos grupos que la recibieron, se realizó un ANOVA con objeto de evaluar si las puntuaciones obtenidas en el pretest de las dos dimensiones del estrés (TEPT y Ajuste) variaban en función de los tipos de reacción al estrés (saludable y no saludable) y si había o no diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en el postest de las dos dimensiones al comparar ambos tipos de reacción al estrés.

Se constató que se cumplía el supuesto de homogeneidad de la varianza de error para ambas dimensiones de la LASC, tanto en la medida pretest (TEPT: F= 0.009, p= 0.923; Ajuste: F= 0.55, p= 0.462), como en la postest (TEPT: F= 0.788, p= 0.379; Ajuste: F= 3.326, p= 0.075) (Anexo 20).

Los resultados obtenidos (Ver Anexo 20) mostraron que, antes de la aplicación de la terapia EMDR, había diferencias significativas entre los tipos saludable y no saludable en cuanto a la sintomatología específica del TETP (F= 15.60, p= 0.000) y al ajuste (F= 6.846, p= 0.012). Esta diferencia significativa pone de manifiesto que, al inicio del estudio, los tipos saludable y no saludable no eran equivalentes en ambas dimensiones del estrés. Las diferencias halladas mostraron que las puntuaciones promedio obtenidas en el pretest de las dos dimensiones de la LASC por los participantes del tipo saludable eran significativamente menores (TEPT: Media= 47.00; Ajuste: Media= 52.62), que las obtenidas por las personas del tipo no saludable (TEPT: Media= 55.59; Ajuste: Media= 59.14). Este resultado era de esperarse, ya que los individuos del tipo saludable reaccionan al estrés en una dirección más positiva que los del tipo no saludable, los cuales se orientan más hacia el estancamiento y tienen un pronóstico más negativo.

Resultados en la misma dirección se encontraron en las medidas postest, tanto de la sintomatología específica del TEPT como del ajuste (TEPT: F= 95.865; p= 0.000; Ajuste: F= 49.098; p= 0.000). Específicamente, se halló que las puntuaciones promedio obtenidas en las dos dimensiones de la LASC por las personas del tipo saludable fueron significativamente inferiores (TEPT: Media= 17.15; Ajuste: Media= 22.46), a las medias obtenidas por las personas del tipo no saludable (TEPT: Media= 33.36; Ajuste: Media= 39.36) (Ver Anexo 20). No obstante, considerando la magnitud de la diferencia entre las puntuaciones obtenidas en el pretest y en el postest se observó que, tanto en la sintomatología específica del TEPT, como en el ajuste, esta diferencia fue mayor

en el grupo de personas que pertenecían al tipo saludable que en el grupo que pertenecía al tipo no saludable. Concretamente, mientras que la puntuación obtenida en el postest en la dimensión TEPT por los individuos del tipo saludable fue un 64% inferior a la obtenida por ellos en el pretest, la puntuación obtenida por los participantes del tipo no saludable fue de sólo un 40% inferior a la obtenida por ellos en el pretest. Así mismo, en la dimensión de ajuste, los individuos del tipo saludable obtuvieron una disminución de la puntuación de un 57%; mientras que, la disminución de los del tipo no saludable fue sólo del 33%.

Estos resultados ponen de manifiesto que, al inicio del estudio, las personas del tipo no saludable estaban en condiciones más desfavorables en cuanto al TEPT y al ajuste que las del tipo saludable y, como se esperaba, los participantes del tipo saludable respondieron mejor a la terapia EMDR que los del tipo no saludable. Por tanto, se acepta la hipótesis de investigación, según la cual la efectividad de la terapia EMDR varía en función de los tipos de reacción al estrés, siendo mayor la efectividad en aquellas personas que se caracterizan por reacciones saludables al estrés.

PRUEBA DE LA TERCERA HIPÓTESIS

Para la puesta a prueba de la hipótesis según la cual la efectividad de la terapia EMDR varía dependiendo de la situación generadora del estrés, se realizó un ANOVA con los datos obtenidos por los dos grupos que recibieron la terapia EMDR, con la finalidad de determinar si las puntuaciones obtenidas en el pretest de ambas dimensiones del estrés por el grupo con diagnóstico de cáncer diferían significativamente de las obtenidas por el grupo víctima de violencia urbana y/o accidente, y si habían diferencias significativas entre ambos grupos en el postest de las dos dimensiones del estrés.

Se constató el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de las varianzas de error para las dos dimensiones de estrés, tanto en la medida pretest (TEPT: F= 1.118, p= 0.296; Ajuste: F= 0.932, p= 0.339), como en la postest (TEPT: F= 3.428, p= 0.071; Ajuste: F= 0.098, p= 0.756) (Ver Anexo 21).

Los resultados obtenidos pusieron de manifiesto que, antes de la aplicación del tratamiento, el grupo con cáncer era equivalente al grupo víctima de violencia y/o accidentes en las dos dimensiones del estrés (TEPT: F= 0.10, p= 0.753; Ajuste: F= 0.81, p= 0.373). Las puntuaciones promedio obtenidas en el pretest en las dos dimensiones de la LASC por los pacientes con diagnóstico de cáncer fueron similares (TEPT: Media= 50.54; Ajuste: Media= 54.42) a las obtenidas por el grupo víctima de violencia o accidentes (TEPT: Media= 51.33; Ajuste: Media= 56.79) (Ver Anexo 21).

A diferencia de estos resultados, en la fase postest se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, tanto en la sintomatología específica del TEPT como en la de ajuste (TEPT: F= 6.87; p= 0.012; Ajuste: F= 5.922; p= 0.019). En este sentido, se halló que las puntuaciones promedio obtenidas en las dos dimensiones de la LASC por el grupo víctima de violencia o accidente fueron significativamente inferiores (TEPT: Media= 21.04; Ajuste: Media= 26,25), a las obtenidas por el grupo de pacientes con cáncer (TEPT: Media= 28.13; Ajuste: Media= 34.17) (Ver Anexo 21).

Tomando en cuenta la magnitud de la diferencia entre las puntuaciones del pretest y el postest en ambas dimensiones del estrés postraumático, se observó que esta diferencia fue mayor en el grupo de víctimas de violencia o accidentes, que en el de pacientes con diagnóstico de cáncer. Específicamente, mientras que la puntuación obtenida en el postest de TEPT por el grupo de violencia o accidentes fue 59% inferior a la obtenida en el pretest por este mismo grupo, la puntuación obtenida en el postest por el grupo con diagnóstico de cáncer fue 44% inferior a la obtenida en el pretest. Así mismo, en el postest de Ajuste los

participantes víctimas de la violencia o accidentes obtuvieron una disminución de la puntuación del 54%; mientras que, el grupo con diagnóstico de cáncer sólo obtuvo una disminución del 37%. Como era de esperarse, en el grupo de cáncer, de alguna forma aún estaba potencialmente presente la situación generadora del estrés, no se tiene la seguridad de que ésta haya desaparecido; mientras que, en el grupo de violencia o accidentes, el estímulo perturbador ya había desaparecido. Estos resultados comprueban la hipótesis de investigación referente a que la efectividad de la terapia varía dependiendo de cuál sea la situación generadora del estrés.

PRUEBA DE LA CUARTA HIPÓTESIS

Para la prueba de esta hipótesis, relativa a que a la efectividad de la terapia EMDR difiere según el sexo de las personas, se realizó un ANOVA con las puntuaciones obtenidas por los grupos que recibieron la terapia EMDR. En el pretest de las dos dimensiones del estrés se obtuvieron varianzas de error homogéneas (TEPT: F= 0.123, p= 0.727; Ajuste: F= 0.001, p= 0.975). Lo mismo ocurrió en las medidas postest (TEPT: F= 0.132, p= 0.718; Ajuste: F= 0.001, p= 0.979) (Ver Anexo 22).

En la medida pretest no se hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la sintomatología específica del TETP y a la dimensión de ajuste (TEPT: F= 0.233, p= 0.631; Ajuste F= 0.136, p= 0.714), lo que muestra que, al inicio del estudio, los grupos de mujeres y hombres eran equivalentes. Las puntuaciones promedio obtenidas en el pretest en las dos dimensiones de la LASC por los hombres (TEPT: Media= 51.68; Ajuste: Media= 56.21) fueron similares a las de las mujeres (TEPT: Media= 50.45; Ajuste: Media= 55.21) (Ver Anexo 22).

Tampoco se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en el postest de Ajuste (F= 2.723, p= 0.106), siendo similares sus puntuaciones promedio (Media hombres= 33.63; Media mujeres= 27.97). Sin embargo, las puntuaciones entre hombres y mujeres sí difirieron significativamente en el postest de síntomas específicos de TEPT (F= 5.109, p= 0.029). Específicamente, se constató que el grupo de mujeres obtuvo una media significativamente inferior (Media= 22.07), en comparación con el grupo de hombres (Media= 28.42) (Ver Anexo 22).

Considerando la magnitud de las diferencias entre las puntuaciones obtenidas en el pretest y las obtenidas en el postest se encontró que, tanto en la sintomatología específica del TEPT como en el ajuste, esta diferencia fue mayor en el grupo de mujeres que en el de hombres. Concretamente, en la dimensión del TEPT, la puntuación obtenida por las mujeres en el postest fue un 56% inferior a la obtenida por este mismo grupo en el pretest; mientras que, la disminución en el caso de los hombres fue del 45%. En cuanto a las puntuaciones en la dimensión de ajuste, las mujeres tuvieron una disminución del 49%; mientras que, en los hombres la disminución fue del 40%. Estos resultados ponen en evidencia que las mujeres respondieron más favorablemente a la terapia EMDR que los hombres, especialmente en lo que respecta a la sintomatología específica del TEPT.

PRUEBA DE LA QUINTA HIPÓTESIS:

Para la puesta a prueba de la hipótesis, según la cual la relación entre los tipos de reacción al estrés (saludable y no saludable) y la efectividad de la terapia EMDR en la disminución de los síntomas de estrés postraumático está mediatizada por las variables depresión e internalidad total, se realizó en primer lugar, un análisis de correlación simple entre el indicador de la efectividad de la terapia EMDR (Pretest-Postest/Pretest) para las dimensiones TEPT y ajuste,

tipos de reacción al estrés, pretest de depresión e internalidad total. En segundo lugar, se calcularon las correlaciones parciales entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR en cada dimensión del estrés y los tipos de reacción al estrés, manteniendo controlado el efecto de las variables depresión e internalidad. Los análisis se realizaron sobre las puntuaciones obtenidas por los dos grupos experimentales que recibieron la terapia EMDR.

En la prueba de correlación simple entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR en la dimensión síntomas específicos de TEPT y los tipos de reacción al estrés, se obtuvo una correlación negativa significativa (rxy= -0.692, p= 0.000). Lo mismo sucedió en la prueba de correlación simple entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR en la dimensión de ajuste y los tipos de reacción al estrés (rxy= -0.551, p= 0.000) (Ver Anexo 23). Como era de esperarse se halló una correlación positiva elevada entre los síntomas específicos del TEPT y los de ajuste (rxy= 0.792, p= 0.000), lo cual apoya la consistencia interna de la prueba.

En los gráficos 1 y 2 se puede observar que, tal y como ya habían mostrado los resultados obtenidos en el análisis realizado para la puesta a prueba de la segunda hipótesis, las personas del tipo saludable obtuvieron un indicador de efectividad de la terapia EMDR más alto, tanto en la sintomatología específica del TEPT como en ajuste, que las personas del tipo no saludable. Esto evidencia que los individuos del tipo saludable respondieron mejor a la terapia que los del tipo no saludable.

Gráfico 1: Relación entre Indicador de Efectividad de la Terapia EMDR en TEPT y los Tipos de Reacción al Estrés

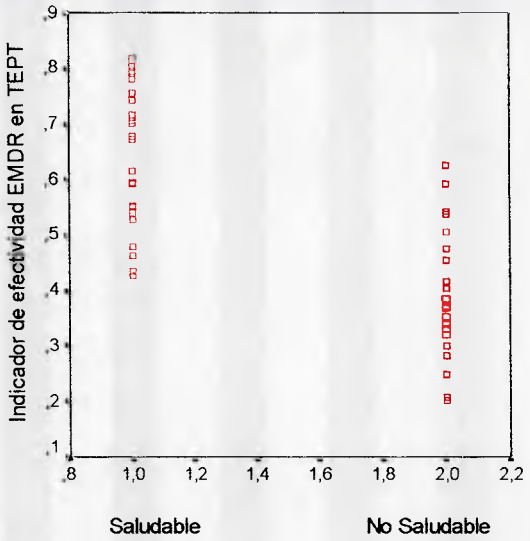
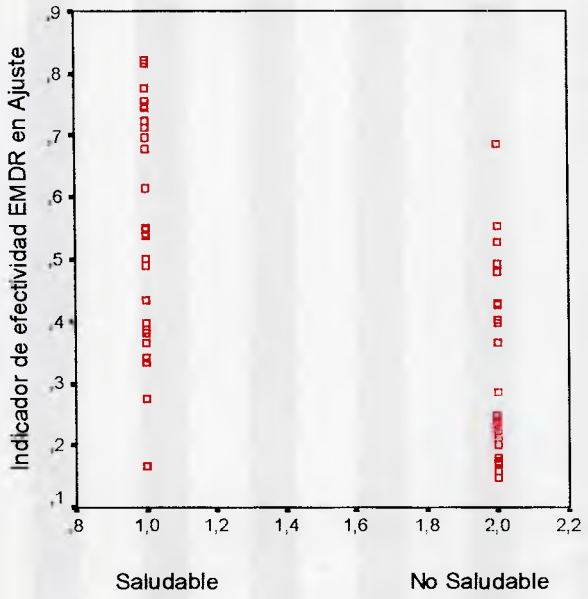


Gráfico 2: Relación entre el Indicador de Efectividad de la Terapia EMDR en Ajuste y los Tipos de Reacción al Estrés



Por otra parte, se encontró una correlación positiva y significativa entre los tipos de reacción al estrés y la medida de depresión (rxy= 0.739, p= 0.000) (Ver

Anexo 23). Esta correlación mostró, como se puede observar en el gráfico 3, que las personas del tipo saludable presentaron puntuaciones menores en depresión que las del tipo no saludable. Así mismo, se obtuvo una correlación significativa negativa entre los tipos de reacción al estrés y la medida pretest de internalidad total (rxy= -0.741, p= 0.000) (Ver Anexo 23), la cual evidenció, como se puede ver en el gráfico 4, que las personas que puntuaron más alto en la escala de internalidad total fueron las del tipo saludable, mientras que las del tipo no saludable puntuaron más bajo.

Gráfico 3: Relación entre Depresión y Tipos de Reacción al Estrés

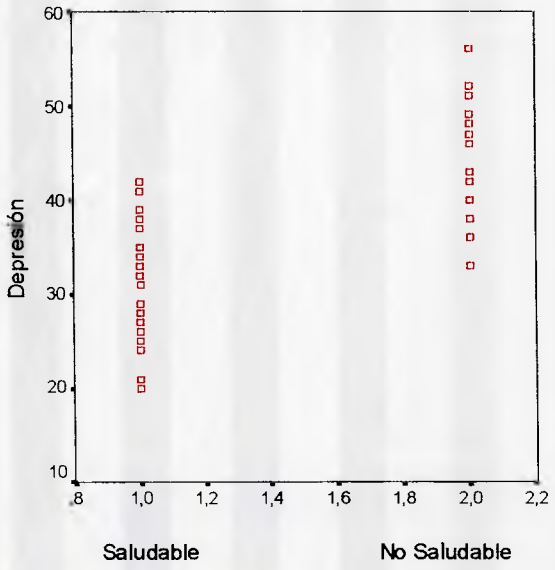
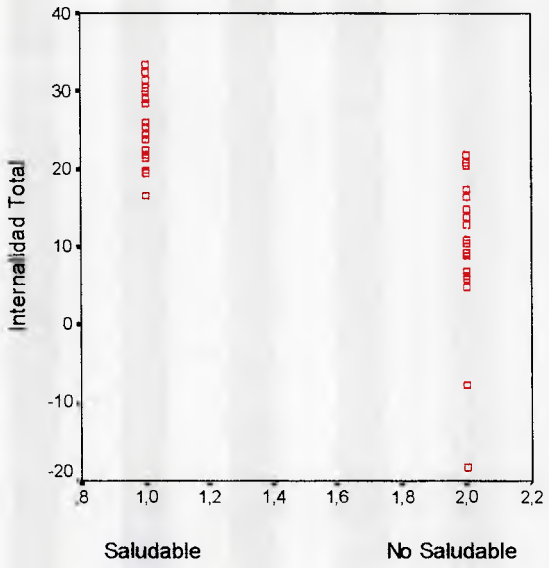


Gráfico 4: Relación entre Internalidad Total y Tipos de Reacción al Estrés



Las correlaciones parciales, calculadas para determinar si el grado de asociación entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR en cada una de las dimensiones del estrés y los tipos de reacción al estrés continuaba siendo significativa después de eliminar las variables depresión y la internalidad total, pusieron de manifiesto que, en primer lugar, la relación entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR en el TEPT y los tipos de reacción al estrés (rxy= -0.692, p= 0.000) fue significativa y de la misma magnitud aún después de controlar la variable depresión (rxy= 0.63, p= 0.000) (Ver Anexo 24); por lo que se puede afirmar que esta variable no influyó en la relación constatada entre efectividad de la terapia EMDR en la disminución de la sintomatología de TEPT y los tipos de reacción al estrés. Similarmente, la relación entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR en el ajuste y tipos de reacción al estrés (rxy= -0.551, p= =.000) continuó siendo significativa y de magnitud similar, aún después de eliminar la variable depresión (rxy= -0.451, p= 0.001) (Ver Anexo 24); por tanto, esta variable no influyó en la relación entre la efectividad de la terapia

EMDR en la disminución de la sintomatología de ajuste y los tipos de reacción al estrés.

Una vez controlada la variable internalidad total se halló que la asociación entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR en el TEPT y los tipos de reacción al estrés continuó siendo significativa (rxy= -0.605, p= 0.000). También la relación entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR en ajuste y los tipos de reacción al estrés (rxy= -0.473, p= 0.001) continuó siendo significativa (Ver Anexo 24). Por ende, se puede afirmar que la variable internalidad tampoco influyó en la relación entre la efectividad de la terapia EMDR en la disminución de la sintomatología específica del TEPT y ajuste y los tipos de reacción al estrés.

Los resultados anteriores evidenciaron que la relación significativa que existe entre la efectividad de la terapia EMDR en el mejoramiento de la sintomatología del estrés en sus dos dimensiones y los tipos de reacción al estrés, no estuvo mediatizada por las variables depresión e internalidad, por lo que no se halló apoyo a la quinta hipótesis de investigación.

PRUEBA DE LA SEXTA HIPÓTESIS

Para determinar si la relación entre la situación generadora de estrés (diagnóstico de cáncer, y violencia o accidentes) y la efectividad de la terapia EMDR en la disminución de los síntomas de estrés postraumático estaba mediatizada por las variables depresión e internalidad total, en primer lugar, se realizó un análisis de correlación simple entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR para las dimensiones TEPT y ajuste, situación generadora de estrés, depresión e internalidad total; y, en segundo lugar, se realizó una correlación parcial entre el indicador de efectividad de la terapia en cada

dimensión del estrés y la situación generadora de estrés manteniendo controladas la depresión y la internalidad total.

Se encontró una correlación positiva significativa entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR en TEPT y la situación generadora (rxy= 0.412, p= 0.004), y entre este indicador en la dimensión de ajuste y la situación generadora (rxy= 0.393, p= 0.006) (Ver Anexo 23)

En los gráficos 5 y 6 se puede observar que, ambos grupos respondieron favorablemente a la terapia EMDR; sin embargo, tal y como ya habían mostrado los resultados obtenidos en el análisis realizado para la puesta a prueba de la tercera hipótesis, el grupo víctima de violencia o accidentes obtuvo un indicador de efectividad de la terapia EMDR más alto, tanto en la sintomatología específica del TEPT como en ajuste, que las personas del grupo con diagnóstico de cáncer. Esto evidencia que los individuos víctimas de violencia o accidentes respondieron mejor a la terapia que los pacientes con diagnóstico de cáncer.

Gráfico 5: Relación entre Indicador de Efectividad de la Terapia EMDR en TEPT y Situación Generadora de Estrés

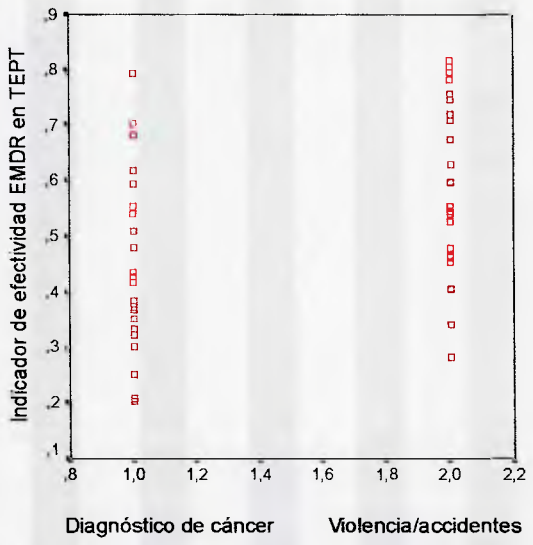
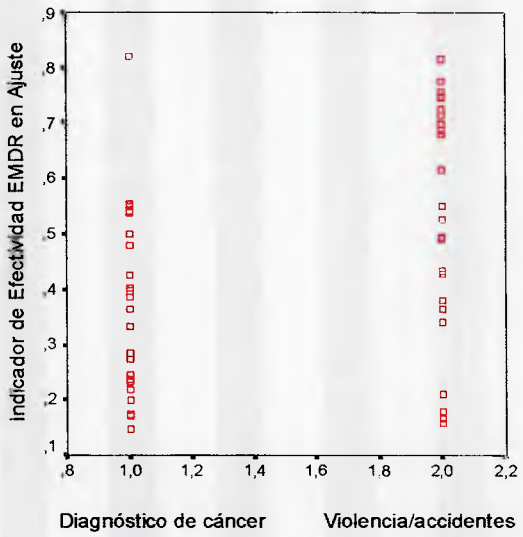


Gráfico 6: Relación entre Indicador de Efectividad de la Terapia EMDR en Ajuste y Situación Generadora de Estrés



Por otra parte, no se halló una correlación significativa entre la situación generadora de estrés y la medida de depresión (rxy= -0.062, p= 0.675). Así mismo, la correlación entre la situación generadora de estrés y la internalidad total tampoco resultó estadísticamente significativa (rxy= 0.088, p= 0.550) (Anexo 23). Esto permite afirmar que el grupo con diagnóstico de cáncer y el de víctimas de violencia o accidentes presentaron puntuaciones similares en depresión e internalidad, tal como se observa en los gráficos 7 y 8.

Gráfico 7: Relación entre Depresión y Situación Generadora de Estrés

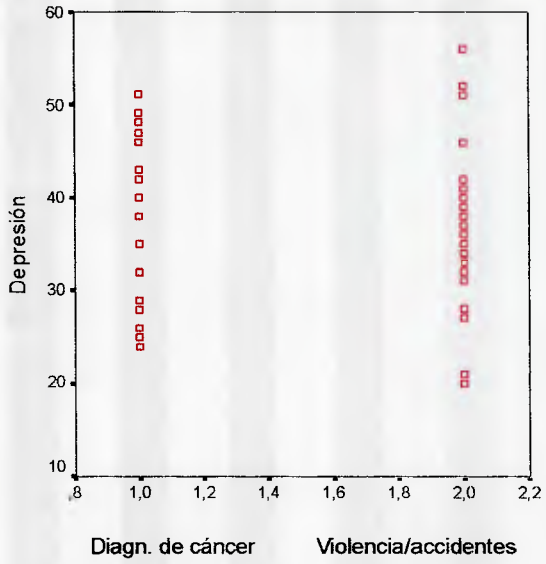
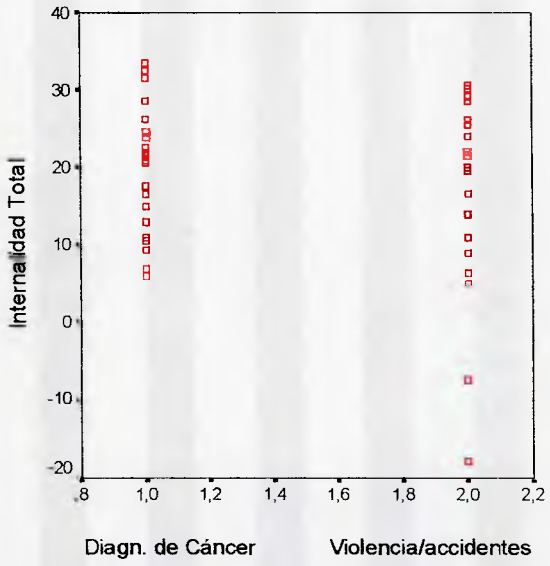


Gráfico 8: Relación entre Internalidad Total y Situación Generadora de Estrés



En segundo lugar, para determinar si el grado de asociación entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR en las dos dimensiones del estrés y

la situación generadora de estrés continuaba siendo significativa después de eliminar las variables depresión e internalidad total, se realizaron correlaciones parciales entre las variables. En este sentido, se obtuvo que, después de controlar la variable depresión, la correlación entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR en las dos dimensiones del estrés y la variable situación generadora de estrés continuó siendo significativa por lo que, se puede afirmar que la variable depresión no influyó en la relación constatada entre efectividad de la terapia EMDR en la disminución de la sintomatología de TEPT y la situación generadora de estrés (rxy= 0.425, p= 0.003) (Ver Anexo 25). Por su parte, la relación entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR en el ajuste y la situación generadora de estrés también continuó siendo estadísticamente significativa luego de controlar la variable depresión (rxy= 0.398, p= 0.006) (Ver Anexo 25). Por ende, la depresión no influyó en la relación entre la efectividad de la terapia EMDR en la disminución de la sintomatología de ajuste y la situación generadora de estrés.

Una vez controlada la variable internalidad total se constató que la asociación entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR en el TEPT y la situación generadora de estrés continuó siendo significativa (rxy= 0.505, p= 0.000). También la relación entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR en ajuste y la situación generadora (rxy= 0.452, p=0.001) (Ver Anexo 25). Por lo tanto, se puede afirmar que la variable internalidad total tampoco influyó en la relación entre la efectividad de la terapia EMDR en la disminución de la sintomatología específica del TEPT y ajuste, y la variable situación generadora de estrés.

Los resultados anteriores ponen de manifiesto que la relación significativa que existe entre la efectividad de la terapia EMDR en el mejoramiento de la sintomatología del estrés en sus dos dimensiones y la situación generadora de estrés, no estuvo mediatizada por las variables depresión e internalidad, no hallándose así evidencia a favor de la sexta hipótesis.

PRUEBA DE LA SÉPTIMA HIPÓTESIS

Para determinar si la relación entre el sexo y la efectividad de la terapia EMDR en la disminución de los síntomas del TEPT estaba mediatizada por las variables depresión e internalidad total, se calculó en primer lugar, la correlación simple entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR para los síntomas específicos del TEPT y ajuste, sexo, depresión e internalidad total. En este análisis se halló una correlación significativa positiva entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR en los síntomas específicos del TEPT y el sexo (rxy= 0.303, p= 0.036). Sin embargo, la correlación entre sexo y el indicador de efectividad de la terapia EMDR en ajuste no fue significativa (rxy= 0.196, p= 0.181). (Ver Anexo 23).

En el gráfico 9 se puede observar que el grupo de mujeres obtuvo un indicador más alto de efectividad de la terapia EMDR en el mejoramiento de los síntomas específicos del TEPT, que los hombres. Esto evidencia que las mujeres respondieron mejor a la terapia que los hombres. Sin embargo, en el gráfico 10 se puede observar que el indicador de efectividad de la terapia EMDR en ajuste fue muy similar entre hombres y mujeres. Estos resultados indican que, tal y como ya habían mostrado los resultados obtenidos en el análisis realizado para poner a prueba la cuarta hipótesis, la efectividad de la terapia EMDR en la disminución de la sintomatología específica del TEPT fue mayor en el caso de las mujeres que en el de los hombres; pero, la efectividad de la terapia en la dimensión de ajuste no estuvo significativamente asociada con el sexo.

Gráfico 9: Relación entre Indicador de Efectividad de la Terapia EMDR en TEPT y Sexo

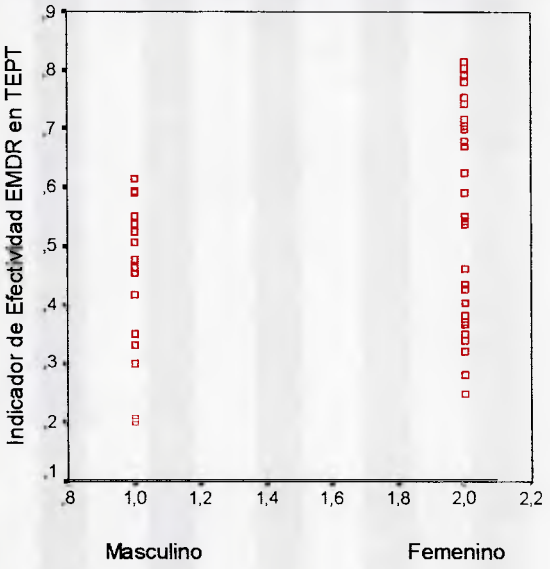
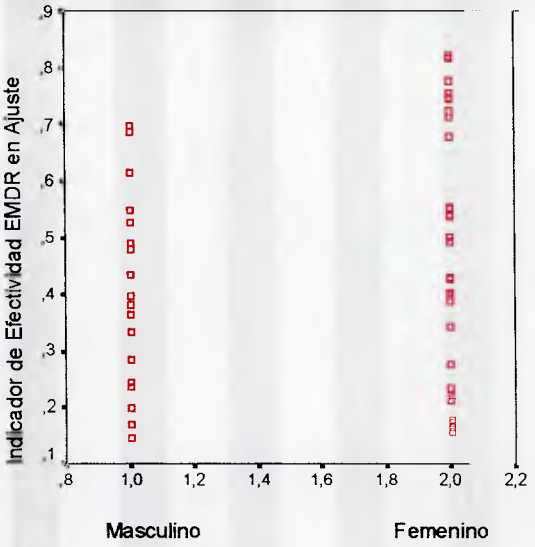


Gráfico 10: Relación entre Indicador de Efectividad de la Terapia EMDR en Ajuste y Sexo



Adicionalmente, no hubo una correlación significativa ni entre el sexo y depresión (rxy= 0.264, p=0.070), ni entre el sexo y la internalidad total (rxy=0.114, p=0.439) (Anexo 23); lo cual permite afirmar que los hombres y las

mujeres de la muestra de estudio presentaron puntuaciones similares en depresión e internalidad tal como se observa en los gráficos 11 y 12.

Gráfico 11: Relación entre Depresión y Sexo

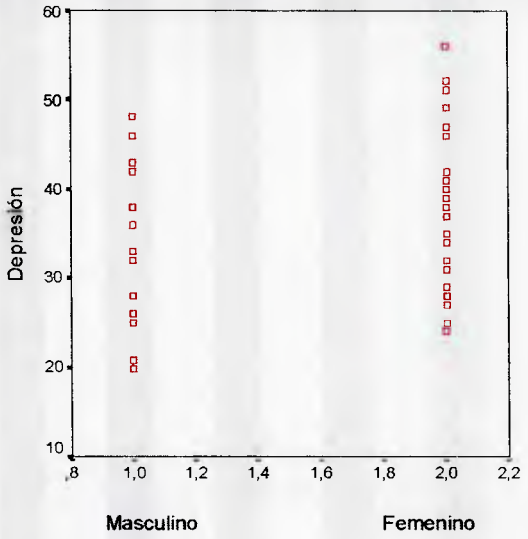
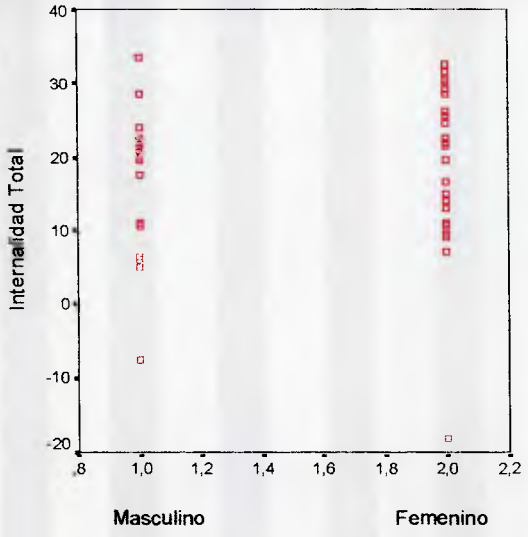


Gráfico 12: Relación entre Internalidad Total y Sexo



En segundo lugar, se calcularon las correlaciones parciales entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR y la variable sexo, manteniendo controlados los efectos de las variables depresión e internalidad. Los resultados evidenciaron

que, después de controlar la variable depresión, la correlación entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR en el TEPT y el sexo continuó siendo significativa (rxy= 0.469, p= 0.001) (Ver Anexo 26). Por lo que, se puede afirmar que la variable depresión no influyó en el grado de asociación entre la efectividad de la terapia en la disminución de la sintomatología específica del TEPT y el sexo.

Por otra parte, se observó que, controlando la variable depresión, el grado de asociación lineal entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR en ajuste y el sexo resultó ser estadísticamente significativo (rxy= 0.324, p= 0.026) (Ver Anexo 26), aun cuando, tal como se señaló anteriormente, la correlación simple entre ambas variables no fue significativa (rxy= 0.196, p= 0.181) (Ver Anexo 23). Lo cual pone de manifiesto que la variable depresión influyó en el grado de asociación entre la efectividad de la terapia en ajuste y la variable sexo.

Después de eliminar la variable internalidad total no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR en los síntomas específicos del TEPT y el sexo (rxy= 0.283, p= 0.054) (Ver Anexo 26). No obstante, la disminución en la magnitud de la correlación entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR y el sexo (de rxy= 0.303, p= 0.036 a rxy= 0.283, p= 0.054), no fue excesivamente grande, por lo que la correlación parcial casi alcanzó el nivel de significación estadística. Por esta razón, no se puede concluir si efectivamente la variable internalidad influyó o no en la relación entre ambas variables.

En el caso de la relación entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR en ajuste y el sexo la relación continuó siendo estadísticamente no significativa (rxy= 0.168, p= 0.258) luego de controlar la variable internalidad total (Ver Anexo 26); por lo que se puede afirmar que la internalidad total no influyó en el grado de asociación entre el indicador de efectividad en ajuste y el sexo.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Como se recordará, el objetivo de la presente investigación fue estudiar, dentro del marco de la Psicología Clínica y la Psicoterapia, el efecto de un grupo de factores psicológicos y de naturaleza psicosocial, específicamente los tipos de reacción al estrés, la situación generadora de estrés y el sexo, sobre la efectividad de la terapia EMDR en el mejoramiento de los trastornos de estrés postraumático, y evaluar la intervención de las variables depresión e internalidad total en esa relación.

En la prueba de la primera hipótesis, al comparar los resultados obtenidos en la medida postest en ambas dimensiones de la LASC (síntomas específicos del TEPT y ajuste), por los grupos que recibieron la terapia EMDR y los grupos control de escucha pasiva y en lista de espera, se constató que los grupos tratados tuvieron un mejoramiento significativo de los síntomas en ambas dimensiones, en comparación con los dos grupos control.

Similarmente, al comparar los resultados obtenidos entre el pretest y el postest de la LASC, los grupos que recibieron la terapia EMDR mostraron una mejoría altamente significativa de los síntomas en ambas dimensiones del estrés; mientras que, los grupos control mantuvieron el nivel de severidad de los síntomas, incluso incrementándolo en la dimensión de ajuste en el caso del grupo control en lista de espera. Considerados en su conjunto, estos resultados mostraron una fuerte evidencia de la efectividad de la terapia EMDR en el mejoramiento tanto de los síntomas específicos del TEPT como en el ajuste.

Estos resultados coinciden con los hallados en los estudios que Shapiro (1989a; 1989b) llevó a cabo sobre la efectividad de la terapia EMDR para desensibilizar los recuerdos del evento traumático en los casos por violencia en los veteranos de la guerra y en mujeres abusadas sexualmente que recibieron la

terapia, en comparación con el grupo placebo que no recibió la terapia EMDR, cuyos participantes mostraron un incremento en la sintomatología del TEPT, de modo similar a como ocurrió en el presente estudio con el grupo control placebo de escucha pasiva, cuya sintomatología del estrés en ambas dimensiones permaneció en su nivel de severidad, o lo que ocurrió con el grupo control en lista de espera, el cual no sólo no mejoró los síntomas específicos del TEPT, sino que empeoró en los síntomas de ajuste.

En el presente estudio, se observó, al igual que en los estudios de Shapiro (1989a; 1989b), que los pacientes que padecían el TEPT disminuyeron significativamente los síntomas específicos, tales como flashback, pesadillas y evitación, desapareciendo en la mayoría de ellos. También los pensamientos intrusivos se observaron disminuidos y, en los casos en que el evento era recordado, éste no les causaba ansiedad. Así mismo, los dos grupos que recibieron la terapia EMDR reportaron, al término de las sesiones, un alivio en la sintomatología de ajuste, señalando como indicadores su incorporación y adaptación al mundo laboral, y una mejora sustancial en sus relaciones interpersonales.

Así mismo, al comparar las puntuaciones obtenidas en la fase postest de la LASC por cada grupo que recibió la terapia EMDR con las obtenidas por cada grupo control, se observó una mejoría estadísticamente significativa en los síntomas del TEPT y ajuste en los grupos que recibieron la terapia EMDR; mientras que, los grupos control mantuvieron los niveles de severidad de los síntomas. Concretamente, el grupo de cáncer con EMDR disminuyó significativamente los síntomas específicos del TEPT y de ajuste, en comparación con los grupos de escucha pasiva y en lista de espera. Similarmente, el grupo víctima de violencia o accidentes obtuvo puntuaciones significativamente inferiores en ambas dimensiones de la LASC, en comparación con los grupos control.

Estos resultados también son similares a los obtenidos en otros estudios realizados por investigadores que utilizaron el control placebo y/o el control lista de espera (Edmond, Rubin y Wambach, 1999; Rothbaum, 1997; Scheck, Schaeffer y Gillette, 1998), los cuales mostraron la efectividad de la terapia EMDR en el tratamiento del TEPT, la permanencia de la mejoría de los síntomas en el tiempo, así como la fidelidad al tratamiento.

En el presente estudio fue beneficioso el uso del control lista de espera, como ocurrió en otras investigaciones, para comprobar la efectividad de la terapia y controlar en parte la validez interna del diseño (Rothbaum, 1997). También fue útil el uso del grupo con escucha pasiva como control placebo, como sucedió con otros estudios (Edmond, Rubin y Wambach, 1999; Scheck, Schaeffer y Gillette, 1998) porque no sólo favoreció la evidencia de la superioridad de la terapia EMDR en comparación con la condición placebo, sino que permitió el control de los efectos no específicos del tratamiento, lo cual teóricamente podría estar explicando la efectividad de la terapia EMDR en términos de los componentes específicos o activos de la terapia.

Los resultados de la presente investigación apoyan en parte a los obtenidos en otros estudios (Boudewyns, Stwertka, Albrecht y Sperr, 1993; Boudewyns y Hyer, 1996; Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund y Muraoka, 1998; Chemtob, Nakashima, Hamada y Carison, 2002; Hogan, 2001; Ironson, Freíd, Strauss y Williams, 2002; Lee, Gabriel, Drummond, Richards y Greenwald, 2002; Marcus, Marquis y Sakai, 1997; Shapiro, 1989b), en los que se comparó la terapia EMDR con otras terapias de uso frecuente (la terapia psicodinámica, de conducta, cognitivo conductual, relajación-biofeedback y desensibilización sistemática; exposición imaginaria; inoculación de estrés, terapia de grupo), en el tratamiento del TEPT, resultando ser más efectiva la terapia EMDR en el mejoramiento de los síntomas del trastorno y logrando el mantenimiento de esta mejoría en el tiempo.

Según McNally (1999), si bien una comparación activa-activa precisa mucho mejor la efectividad diferencial de distintas terapias y la participación de factores específicos de cada una de ellas, estos diseños pudieran no ser del todo adecuados porque en ellos podría haber un control escaso de las posibles diferencias debidas a la calidad y fidelidad al tratamiento por parte de los terapeutas. Por esta razón se suele recomendar los diseños que desmontan los componentes activos de la terapia que se quiere probar, especialmente cuando se trata de una terapia nueva (Borkovec, 1993).

En la presente investigación, el problema de la fidelidad al tratamiento por parte de las terapeutas se controló mediante un entrenamiento adecuado y sistemático, así como por la supervisión de su trabajo y la revisión de una muestra de las sesiones grabadas durante las intervenciones con los dos grupos que recibieron EMDR. En este sentido, se siguió un procedimiento similar al empleado en los diseños de las investigaciones en las que se comparó la terapia EMDR con otras terapias y en las que se utilizó un observador experto independiente y, en algunos casos, un observador oculto, para evaluar la calidad y fidelidad al tratamiento (Boudewyns y Hyer, 1996; Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund y Muraoka, 1998; Scheck, Schaeffer y Gillette, 1998), con resultados mayormente favorables a la efectividad de la terapia EMDR en comparación con las otras terapias.

Los efectos favorables de la terapia EMDR observados en la presente investigación en cuanto al mejoramiento del TEPT también son cónsonos con los hallados en otras investigaciones (Boudewyns, Stwertka, Albrecht y Sperr, 1993; Boudewyns y Hyer, 1996; Renfrey y Spates, 1994), en las que se empleó el diseño de desmontar componentes activos de la terapia, tales como comparar terapia EMDR con EMDR-ojos cerrados, EMDR-ojos fijos y otra terapia de uso frecuente para el tratamiento del TEPT, cuyos resultados en su mayoría indican que, independientemente del tipo de movimiento (con ojos abiertos, cerrados y/o

ojos fijos), la percepción del movimiento bilateral que realiza o proporciona el terapeuta es efectivo como componente activo de la terapia.

Algunos investigadores (Borkovec, 1993; Debell y Jones, 1997; Lohr, et al. 1998; McNally, 1999; Pitman, et al., 1996), si bien admiten el mejoramiento de los síntomas del estrés postraumático con el uso de la terapia EMDR, interpretan los resultados con respecto a las modalidades de EMDR como la prueba de que el movimiento ocular no es un componente activo de la terapia, sino que la efectividad de la terapia reside en componentes no específicos que son comunes a otras terapias, y que previamente han sido desarrollados por la terapia conductual, la terapia cognitivo-conductual, y la terapia humanista (rapport, asesoramiento individual, terapia de contención, exposición imaginaria, inundación, inoculación de estrés, etc). Sin embargo, los resultados de las investigaciones anteriormente reportadas que combinan diseños con control placebo, control lista de espera, comparación con otras terapias de uso frecuente en el tratamiento del TEPT, y las que comparan componentes activos de la terapia EMDR salen al encuentro de estas críticas a la efectividad de la terapia EMDR.

No obstante, los resultados del presente estudio discrepan de los reportados por Devilly y Spence (1999), quienes compararon la terapia EMDR con el "Tratamiento Trauma Protocolo" (TTP). Estos autores hallaron que ambos tratamientos fueron efectivos en el tratamiento del TEPT, pero que el TTP fue superior en comparación a la terapia EMDR. Sin embargo, en la investigación de Devilly y Spence (1999), no hubo un asesor externo a la terapia, ni conformidad con la práctica de EMDR; es decir, no se hizo un control de la fidelidad a la terapia, y no hubo asignación al azar de los participantes a los grupos, por lo que estos aspectos probablemente afectaron la validez interna de la investigación.

En el caso de la presente investigación, si bien no se hizo una comparación de los componentes activos de la terapia EMDR, los movimientos bilaterales

utilizados fueron variados en cuanto a su modalidad; y, aunque tampoco se contempló en el diseño una comparación con otras terapias de uso frecuente en estos casos, la utilización de los dos grupos control (lista de espera y escucha pasiva) permitió en principio evidenciar la efectividad de la terapia y el control de factores no específicos. Los grupos que recibieron la terapia EMDR reportaron una mejoría significativa de los síntomas específicos del TEPT y de ajuste en comparación con los grupos control. Estos resultados positivos son similares a los de las investigaciones en las que se ha encontrado un mejoramiento de los síntomas del TEPT habiendo introducido como variables otras terapias, fidelidad al tratamiento y modalidad de EMDR. Unos y otros resultados, por muy favorables que sean a la terapia EMDR, sugieren la necesidad de continuar investigando en torno a la efectividad de la misma y a la participación de componentes específicos de la terapia.

En la prueba de la segunda hipótesis de la presente investigación, los resultados evidenciaron que la efectividad de la terapia EMDR está asociada a factores de naturaleza psicológica. Como lo han señalado varios autores (Eysenk, 1988; Eysenk y Grossarth-Maticek, 1991; Grossarth-Maticek y Eysenk, 1990; Labrozzi, et al. 1996; Pacanowski, 2002; Price, 1982; cp. Slipak, 2005; Sandin, et al. 1992), existen ciertos patrones de conducta que reflejan modos particulares de las personas de reaccionar frente a los eventos traumáticos y que, en parte, determinan la superación o no de los trastornos o enfermedades que esos eventos les ocasionan.

En el caso de los tipos de reacción al estrés considerados en el presente estudio, al comparar ambos tipos de reacción (saludable y no saludable) en términos de la medida postest de la LASC, se encontró que las personas pertenecientes al tipo saludable respondieron mejor a la terapia EMDR que las del tipo no saludable, tanto en cuanto a los síntomas específicos del TEPT como a los de ajuste. Así mismo, al relacionar la variable "tipos de reacción al estrés" y el "indicador de efectividad de la terapia EMDR", se encontró una relación

significativa entre ambas variables, tanto en los síntomas específicos del TEPT como en los de ajuste; relación la cual mostró que a medida que aumentó el indicador de efectividad de la terapia EMDR disminuyeron los síntomas en ambas dimensiones del estrés, obteniendo las personas del tipo saludable un mayor indicador de efectividad de la terapia EMDR que las del tipo no saludable.

Estos resultados se corresponden con los resultados de los estudios realizados por Grossarth-Maticek y Eysenck (1990; 1991), los cuales mostraron que, los tipos 1, 2 y 5 (con tendencia al cáncer, con tendencia a cardiopatía coronaria, y racional-antiemocional, respectivamente), considerados no saludables (tendencia al "estancamiento"), respondieron más negativamente a la enfermedad y al tratamiento psicoterapéutico, que los tipos 3, 4 y 6 (histérico, saludable, y psicopático, respectivamente), considerados "saludables (tendencia hacia el "desarrollo en una dirección positiva").

En la presente investigación, el tipo saludable que recibió la terapia EMDR no sólo mejoró la sintomatología específica del TEPT, sino que mostró una mejoría significativa en sus comportamientos de ajuste y adaptación al medio, en comparación con el tipo no saludable que también recibió la misma terapia, y cuya mejoría en ambas dimensiones del estrés fue menor. Esto muestra que el tipo saludable, aun cuando esté sometido a eventos traumáticos, cuenta con mayores recursos personales para lograr su recuperación y adaptación que el tipo no saludable, el cual es más vulnerable a los eventos traumáticos, a desarrollar el TEPT y a mantener una tendencia hacia la enfermedad física y a otros trastornos de naturaleza psicológica, como respuesta al estrés (Grossarth-Maticek y Eysenck, 1990; 1991; Kobasa, 1984; Labrozzi, et al. 1996).

El mejoramiento de los síntomas específicos del TEPT es especialmente importante como meta de cualquier terapia, pero no lo es menos la dimensión de ajuste, la superación del dolor; la readaptación a las actividades cotidianas y el mejoramiento de las relaciones interpersonales del paciente, como

efectivamente mostraron los resultados en las medidas del postest de ajuste en el tipo saludable. Resultados cónsonos con los de la presente investigación fueron los encontrados por Eysenck y Grossarth-Maticek (1991) en su cuarto estudio, el cual tuvo como objetivo medir el porcentaje de permanencia en el hospital de los tipos 1, 2, 3, y 4; los autores hallaron en los tipos saludables (3 y 4) un menor porcentaje de reclusión hospitalaria que los tipos no saludables (1 y 2).

Si bien en la presente investigación el tipo no saludable tuvo una mejoría significativamente menor a la del tipo saludable, al comparar las medidas pretest y postest obtenidas en la LASC, en las personas pertenecientes al tipo no saludable sí se dio una importante disminución de las puntuaciones en el postest de la escala, tanto en la dimensión de los síntomas específicos del TEPT como en la de ajuste. Esto muestra que la terapia EMDR alivió los síntomas específicos del TEPT y del ajuste también en el tipo no saludable.

Estos resultados son consistentes con los obtenidos por Eysenck y Grossarth-Maticek (1991), en sus estudios prospectivos 1, 2, y 3, los cuales evidenciaron que los pacientes pertenecientes a los tipos 1 y 2 (no saludables) que fueron tratados con la terapia de innovación creativa para el tratamiento del TEPT, mejoraron significativamente sus puntuaciones en la medida postest, en comparación con los pacientes de los tipos 1 y 2 que no recibieron la terapia; así como incrementaron el índice de sobrevivencia, lo cual mostró no sólo la efectividad del tratamiento aplicado, sino la importancia y eficacia que tiene la asistencia terapéutica para superar los síntomas del TEPT y para prevenir el desarrollo y/o el avance de enfermedades graves, incluso en los tipos no saludables.

La presente investigación apoya los resultados de los estudios reportados por Eysenck y Grossarth-Maticek (1991) en cuanto a la efectividad de las terapias con un enfoque integrativo (como es el caso de EMDR y de la terapia conductual

de innovación creativa, que es un sistema combinado de investigación, terapia cognitivo-conductual, terapia de grupo y terapia individual con un enfoque humanista), en la detección temprana de tendencias a enfermedades como el cáncer y enfermedades coronarias, en pacientes con estrés postraumático. Estas terapias integrativas favorecieron la modificación de creencias, sentimientos y conductas que pudieran incidir desfavorablemente en el desarrollo futuro de enfermedades.

Específicamente, esto quedó de manifiesto en el estudio 6 de Eysenck y Grossarth-Maticek (1991) en el que se constató que la terapia de innovación creativa fue superior a la terapia conductual tradicional y a la psicoterapia profunda con un enfoque psicoanalítico. Con respecto al escaso aporte de esta última, la explicación que dan estos investigadores es que el TEPT es un trastorno muy poderoso y complejo, y que en las personas del tipo no saludable que se someten a un tipo de terapia como el psicoanálisis, la misma terapia puede producir una mayor tensión, aunque a largo plazo pueda resolver la tensión que ella conlleva. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que para muchos de los pacientes el tiempo cuenta adversamente.

En general, las terapias eclécticas o integrativas son de intervención breve y en ellas se desarrolla el vínculo terapéutico con un enfoque humanista, lo que favorece la calidad de las relaciones cliente-terapeuta, lo cual ha mostrado ser un factor importante y determinante en el mejoramiento de los síntomas del estrés. Lo importante de estos hallazgos es que la intervención psicoterapéutica con un enfoque más ecléctico, aporta resultados que favorecen un efecto profiláctico y a corto plazo, al identificar los tipos de reacción al estrés ante eventos traumáticos.

En términos generales, los resultados obtenidos en el presente trabajo apoyan la existencia de ciertos factores de predisposición individual al estrés como pueden ser rasgos personales, patrones de conducta y/o estilos de

afrontamiento que han sido reportados por otras investigaciones (Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, 1993; Pacanowski, 2005; Payne, 1988), unidos a una determinada activación psicofisiológica y a una historia de traumas que afectan a la persona y la hacen vulnerable a los eventos traumáticos (Salomón, 1989; cp. González de Rivera, 2000; Horowitz, 1980; Lazarus, 1993; Lazarus, y Folkman, 1984; Price, 1982; cp. Slipak, 2005; Holmes y Hawkins, 1956 cp. Sandín, 1995; Shapiro, 1995a).

Indudablemente la terapia EMDR produjo un cambio significativo en los grupos que la recibieron, en cuanto al procesamiento del evento traumático y a su forma de afrontarlo, logrando la integración de los recuerdos a nivel cognitivo, emocional y conductual que favoreció la superación del trauma y la adaptación saludable al medio. Sin embargo, este cambio fue mayor en los individuos pertenecientes al tipo saludable y menor en el no saludable. Por tanto se podría afirmar que la efectividad de la terapia EMDR está determinada, en parte, por los tipos de reacción al estrés. Sin embargo, es importante señalar que ya al inicio de la terapia, las personas de tipo saludable estaban en mejores condiciones en cuanto a su nivel de estrés, que las del tipo no saludable, quienes mostraron mayores niveles de estrés.

Este resultado era esperado pues, tanto a nivel de la práctica clínica como en el modelo teórico en el que se fundamentó esta parte de la investigación, el tipo saludable responde al estrés en forma sana, adecuada y realista, predominando la dimensión de autonomía y control. Tal es el caso del tipo 4 considerado como el saludable por excelencia; el tipo 3 que es considerado como protector del cáncer y cardiopatía coronaria, aun cuando la dimensión predominante es la ambivalencia; y el tipo 6, descrito como antisocial con tendencia psicopática, lo que le permite distanciarse emocionalmente del evento traumático y orientar emocionalmente sus efectos hacia fuera. En este último caso, los individuos de este tipo gozan el beneficio de poder expresar sus emociones, aunque dichas expresiones sean en forma negativa.

Sin embargo, lo anterior no ocurre con los tres tipos de la categoría no saludable: los tipos 1 y 2 con tendencia al cáncer y a la cardiopatía coronaria respectivamente, si bien son capaces de sentir sus emociones (tipo 2) o inhibirlas (tipo 1), la expresión de las mismas se orienta hacia adentro en forma intensa, ocasionando serios daños en la salud de las personas. El tipo 5, descrito como antiemocional y en el que predomina lo racional, niega o elimina toda experiencia y manifestación emocional; sus características no le permiten hacer la integración emocional y cognitiva del evento traumático, una de las metas más importantes de toda terapia para alcanzar el mejoramiento de los síntomas del TEPT. Los resultados tienden a sugerir una consistencia con las predicciones hechas a partir de las características o descripciones de los tipos saludable y no saludable (Grossarth-Maticek y Eysenck, 1990).

En el presente estudio se pudo observar que de los 24 participantes que tenían diagnóstico de cáncer, 12 presentaron rasgos de inhibición emocional, (2 con tendencia al cáncer y 10 racional-antiemocional). Esta característica la comparten los tipos de reacción al estrés 1 y 5 propuestos por Grossarth-Maticek y Eysenck (1990), y/o el patrón tipo C ampliamente estudiado por varios investigadores (Eysenk, 1994; Grossarth-Maticek y Eysenck, 1990; Morris y Greer, 1980; Rizquez, 1975; Temoshok; 1985). Estos investigadores coinciden en considerar como características esenciales del patrón C a la inhibición emocional, especialmente a la represión de las emociones negativas (hostilidad, ira, rabia y miedo), a la desesperanza e indefensión, y a la depresión y pérdida de control frente a situaciones estresantes.

A pesar de estas consideraciones, no hay conclusiones definitivas al respecto, dado que en la relación entre cáncer y estrés intervienen factores complejos de naturaleza psicológica, fisiológica, de predisposición genética, sociales y las características propias de la enfermedad (tipos de cáncer, niveles de desarrollo, manifestaciones físicas y condiciones del paciente, diferentes pronósticos, etc.). No se sabe a ciencia cierta si el patrón C es causa o

consecuencia de la enfermedad. En el presente estudio la situación diagnóstico de cáncer se está asumiendo como un posible factor asociado al TEPT, así como pueden estar asociados otros factores de riesgo.

Los resultados obtenidos en la prueba de la tercera hipótesis de la presente investigación, pusieron de manifiesto que la situación generadora de estrés es una variable que condiciona la efectividad de la terapia EMDR. En este sentido, al comparar los dos grupos que recibieron la terapia en términos de la situación generadora de estrés, se obtuvieron diferencias significativas en cuanto a las puntuaciones en ambas dimensiones en la fase postest de la LASC: el grupo de pacientes víctimas de accidente o violencia obtuvo una mejoría altamente significativa tanto en los síntomas específicos del TEPT como en los de ajuste, en comparación con el grupo de pacientes con diagnóstico de cáncer. Resultados los cuales eran de esperarse, dado que en la situación de violencia o accidente el estímulo generador del TEPT ya ha desaparecido; mientras que, en la situación de cáncer, el estímulo perturbador aún persiste.

Estos resultados coinciden con los obtenidos en otras investigaciones en las que el diagnóstico de cáncer produjo síntomas específicos del TEPT (Alter, Pelcovitz y Axelrod, 1996; Cella y Tross, 1986; Howard, 1998; Koocher y O'Malley, 1981; Rundell, Ursano y Grace, 1992), y trastornos de ajuste (Kornblith, Anderson, Cella; 1990; 1992), muy similares a los reportados en la fase pretest por el grupo con cáncer del presente estudio, especialmente pensamientos intrusivos, evitación, temor a la muerte, y depresión.

El grupo con cáncer que participó en el presente estudio había recibido quimioterapia previo a la terapia EMDR, lo cual pudo haber producido un alivio en los síntomas del TEPT y ajuste. De allí que en el pretest, estos pacientes presentaran puntajes ligeramente menores en ambas dimensiones de la LASC que el grupo de violencia o accidentes, aunque las diferencias no fueron significativas. Sin embargo, después de haber recibido la terapia EMDR la

mejoría del grupo con cáncer fue inferior a la alcanzada por el grupo víctima de violencia o accidentes, tanto en el TEPT como en ajuste. Esto significa que, a pesar del tratamiento de la quimioterapia y de la terapia EMDR, la enfermedad siguió representando para los pacientes con cáncer un estímulo amenazante para su vida. De alguna forma, el cáncer continuó siendo percibido por los pacientes como un agente que amenaza su vida, que está potencialmente dentro de su propio cuerpo y sobre el cual no tienen control.

Sin embargo, es importante destacar que al comparar las medidas pretest y postest de la LASC, el grupo con diagnóstico de cáncer que recibió la terapia EMDR mostró una mejoría significativa tanto en la sintomatología específica del TEPT como en la de ajuste. Así mismo, como se señaló anteriormente en esta misma sección, el grupo con diagnóstico de cáncer mejoró significativamente los síntomas en ambas dimensiones de la LASC, en comparación con los grupos control escucha pasiva y en lista de espera.

Nuevamente estos resultados son cónsonos con los obtenidos por Eysenck y Grossarth-Maticek (1991), en su estudio 6 realizado con pacientes con cáncer de mamas. En dicho estudio se halló que la combinación de intervención psicoterapéutica (terapia conductual de innovación creativa) y tratamiento de quimioterapia produjo una mejoría altamente significativa en la sintomatología del estrés, en los indicadores de riesgo de cáncer y en la sobrevivencia, al comparar estos pacientes con aquellos que no recibieron ni psicoterapia, ni quimioterapia. Los resultados obtenidos, tanto en la presente investigación como en el estudio de Eysenck y Grossarth-Maticek (1991), son muy relevantes a nivel clínico, ya que sugieren que el uso conjunto de la psicoterapia, preferentemente de tipo integrativo, y quimioterapia, tiene un impacto altamente benéfico en el tratamiento de los pacientes con diagnóstico de cáncer.

Similarmente, el estudio 5 de Eysenck y Grossarth-Maticek (1991), mostró que los pacientes que recibieron la terapia de innovación creativa tuvieron un

porcentaje de vida significativamente mayor que los pacientes que no la recibieron; lo cual, además de evidenciar la efectividad de la terapia, sugiere la necesidad de que los pacientes con enfermedades mortales como el cáncer reciban asistencia psicoterapéutica.

En la presente investigación, el grupo de víctimas de violencia presentó en el pretest de la LASC marcados síntomas de evitación, reexperimentación e hipervigilancia, los mismos que se han reportado en otras investigaciones (Flannery, Singer y Wester, 2001; McLain, et al. 1998; cp. Foy y Goguen, 1998; Levenson, Memoli y Flannery, 2000; Medina, Pérez y Gancedo, 2001; Rosenthal, 2000; Rosenthal y Huttom, 2001; Rosenthal y Wilson, 2001; Stein, et al. 2000). Además, presentaron sentimientos de tristeza e indefensión, hostilidad, culpa y recelo, con conductas de aislamiento e inactividad laboral (Goguen, 2000). En algunos casos hubo la presencia de trastornos físicos (hipertensión, mareos, dolores de cabeza, pérdida del sueño y problemas de apetito). Así mismo, mostraron algunas manifestaciones de lo que LaMothe (1999) ha denominado "trauma maligno": experiencias de pérdidas referidas a expectativas de ayuda, control sobre la integridad de su propio cuerpo, y creencias de que el otro estaba obligado a ayudarles, era confiable, leal y podía responder a sus necesidades.

No obstante, contrario a lo que LaMothe (1999) sostiene sobre la imposibilidad de superar el trauma que es ocasionado por otros, en la presente investigación, el grupo víctima de violencia, después del tratamiento EMDR, tuvo una mejoría significativa en la mayoría de los síntomas específicos del TEPT y de ajuste. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en otras investigaciones en las que se utilizaron técnicas de la terapia cognitivo conductual (Foa, et al. 1991) con resultados muy favorables.

En el caso de las víctimas de accidentes, en la fase pretest de la LASC se observaron síntomas de TEPT y de ajuste similares a los encontrados en otras investigaciones (McDermott y Cvitanovich, 2000; Schnyder, et al. 2001).

Especialmente se observaron síntomas de reexperimentación, evitación y depresión. En algunos de los casos en los que la persona que sufrió el accidente conducía el vehículo, se observó miedo a montarse de nuevo en un vehículo y/o volver a manejar (Blanchard, et al. 1996).

El impacto del trauma ocasionado por accidentes automovilísticos es mayor en unos pacientes que en otros, tal y como se observó en la muestra del presente estudio. En este sentido, la manifestación del trauma estuvo determinada por la magnitud del daño físico. Estos resultados coinciden con otros estudios que señalan a los accidentes automovilísticos severos como una de las causas más frecuentes y de mayor intensidad del TEPT (Koren, et al. 1999; Ursano, et al. 1999).

Ahora bien, después de la terapia EMDR, el grupo de víctimas de accidente automovilístico obtuvo una mejoría altamente significativa en ambas dimensiones de la LASC. Generalmente, en los casos de TEPT por accidentes automovilísticos la recuperación se logra en el primer año, a excepción de los casos en los que el trauma está asociado a factores premórbidos y/o comórbidos (Koren, et al. 1999), historia de traumas o según sea la magnitud del daño físico (Ursano, et al. 1999). Las personas que han logrado sobrevivir a serios accidentes automovilísticos, que no presentan una inhabilidad física definitiva y que reciben atención terapéutica a tiempo, se recuperan rápidamente. Así se constató en la muestra de estudio que recibió EMDR, en la que la terapia resultó ser altamente efectiva, en comparación con las personas con diagnóstico de cáncer que también recibieron EMDR.

Comparando las medidas pretest-postest en ambas dimensiones de la LASC, el grupo víctima de violencia o accidentes automovilísticos tuvo una mejoría altamente significativa después del tratamiento EMDR. Si bien el impacto del trauma fue experimentado muy intensamente por este grupo, dado los componentes de agresión (en el caso de violencia), impacto físico (en el caso de

accidentes), expectativa de muerte inminente, suceso no esperado, y pérdida de control sobre su propio cuerpo (en ambos casos), la terapia EMDR resultó muy favorable en la disminución tanto de los síntomas específicos del TEPT como en los de ajuste. También la percepción del evento traumático como un hecho ya pasado podría estar contribuyendo al alivio de los síntomas en estos pacientes.

Los resultados y consideraciones anteriores sugieren que la continuidad de la presencia del estímulo estresor condiciona la efectividad de la terapia EMDR, por lo que se puede inferir que la efectividad de este tipo de terapia en el tratamiento de los síntomas específicos del TEPT y de ajuste varía según sea la situación generadora de estos trastornos. Los resultados obtenidos también destacan la importancia que a nivel preventivo tiene el uso de la terapia psicológica por parte de las personas con diagnóstico de cáncer, a fin de facilitar en estos pacientes el desarrollo de habilidades de afrontamiento de la enfermedad, producir cambios de hábitos de vida, evitar la exposición a estímulos cancerígenos, adecuada alimentación y descanso, y un ambiente de apoyo social que promueva las sanas relaciones interpersonales.

En la prueba de la cuarta hipótesis del presente estudio se encontraron algunos hallazgos significativos en cuanto al TEPT en términos de la variable sexo. En la medida pretest el nivel de los síntomas específicos del TEPT y de los de ajuste no fue significativamente distinto en ambos sexos. Estos resultados coinciden con los de otras investigaciones (Seedat y Stein; 2000; Wolfe, et al. 2000), en las cuales no hubo diferencias entre ambos sexos en cuanto a la prevalencia del TEPT, encontrando que el evento traumático afectaba igualmente a hombres y mujeres.

Así mismo, los resultados de la presente investigación concuerdan con los encontrados en los estudios longitudinales de Freedman, et al. (2002) sobre el TEPT en víctimas de accidentes, los cuales mostraron niveles similares del TEPT en hombres y mujeres. Estos investigadores no hallaron diferencias entre

ambos sexos en cuanto a la prevalencia y recuperación de los síntomas a la semana, al mes y a los cuatro meses del accidente; aun cuando observaron en el grupo de mujeres una mayor prevalencia de los síntomas en el tiempo.

Sin embargo, los resultados del pretest de la presente investigación son contrarios a los obtenidos por Fullerton, et al. (2001) quienes hallaron mayores niveles del TEPT, específicamente en los síntomas de reexperimentación, evitación e hiperexcitación, en mujeres que en hombres, ambos víctimas de accidentes automovilísticos. Resultados similares se reportan en la mayoría de los estudios epidemiológicos e investigaciones de varios autores (Breslau, Davis, Andreski y Peterson, 1991; Davidson, 2000; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson, 1995; Norris, 1992; Pies, 2000; Warren, 2001), quienes consideran a las mujeres más vulnerables a los eventos traumáticos y con mayores riesgos de desarrollar el TEPT que los hombres.

Al respecto, Saxe y Wolfe (1999) consideran que los estudios en los que las mujeres aparecen más vulnerables al TEPT han estado teórica y culturalmente orientados y no han cubierto completamente todos los elementos de la relación entre sexo y TEPT. Las posibles diferencias entre sexos en cuanto al nivel del TEPT y ajuste, se deben, más que a los niveles de severidad de estos trastornos, a una forma distinta de interpretar y expresar los componentes emocionales y cognitivos del evento traumático, a cómo social y culturalmente se interpreta su manifestación, y a los distintos modos de afrontamiento del estrés en hombres y mujeres.

En la medida postest de la presente investigación se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos en cuanto a la dimensión del TEPT de la LASC: las mujeres mostraron una disminución significativa de los síntomas del TEPT, respondiendo más favorablemente a la terapia EMDR que los hombres. En cuanto a los síntomas de ajuste no se hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres. Ambos mejoraron los síntomas de ajuste de manera similar.

La explicación a este resultado puede estar en que las mujeres, así como son emocionalmente más reactivas a cierto tipo de situaciones ante las cuales se perciben como más vulnerables que los hombres (Bensabat, s/f; Breslau, et al.1991; Pies, 2000; Warren, 2001), también son capaces de responder más emocionalmente a la terapia e integrar mejor sus emociones y percepciones acerca del evento traumático, lo cual es objetivo primordial de cualquier terapia.

Además, socialmente la mujer está más abierta que el hombre al apoyo social y a buscar ayuda en situaciones de trauma, ya que el hombre se percibe a sí mismo con más fortaleza, inhibiendo socialmente las manifestaciones emocionales de los síntomas y las creencias reales sobre el evento, en detrimento de su salud mental. Así mismo, la mujer utiliza generalmente un número de estrategias para afrontar las situaciones de estrés mayor que el hombre, tal y como se ha encontrado que sucede en el caso de las mujeres con cáncer de mamás (Dunkel-Schetter, et al., 1992).

Sin embargo, otros estudios como los de Wilson, et al. (1997) no han reportado diferencias significativas entre ambos sexos en cuanto a la respuesta al tratamiento EMDR de pacientes de trauma y TEPT: tanto hombres como mujeres respondieron favorablemente a la terapia EMDR. Así mismo, estudios realizados con muestras de hombres (Boudewyns, et al. 1993; Boudewyns y Hyer, 1996; Carlson, et al. 1998), y de mujeres (Rothbaum, 1997; Scheck, et al. 1998; Edmond, et al. 1999) por separado, han mostrado la efectividad de la terapia EMDR en el tratamiento del TEPT y la durabilidad de sus efectos en ambos sexos.

Si bien los resultados del presente estudio muestran que el grupo de mujeres respondió más favorablemente a la terapia EMDR que los hombres, resulta difícil concluir que el sexo es un factor predictivo de los efectos de la terapia en el tratamiento de TEPT, porque las diferencias halladas pueden deberse realmente

al tipo de trauma, al tipo de situaciones (como efectivamente se encontró en este estudio), e incluso al tipo de terapia. Además, en el presente estudio no se consideró la posible relación entre la situación generadora del estrés y el sexo, porque plantear esta relación no era estadísticamente viable, dado que el número de sujetos no permitía hacer todas las comparaciones posibles.

Foa, et al. (2000), al hacer una revisión de la escasa literatura existente sobre el tópico, consideran que las mujeres responden mejor al tratamiento que los hombres, tal como reportan los resultados del presente estudio. Estos autores sostienen que las diferencias encontradas en algunas investigaciones, posiblemente estén determinadas por el tipo de trauma, el tipo de situación que lo genera, la severidad del trastorno y la comorbilidad; además, afirman que la mayoría de las muestras utilizadas en las investigaciones han estado conformadas por mujeres abusadas sexualmente y veteranos de la guerra, por lo que los datos provenientes de estas muestras siguen siendo muy limitados y no permiten llegar a conclusiones definitivas sobre esta materia.

En general, se ha investigado poco sobre variables demográficas y TEPT, exceptuando los estudios relativos a la incidencia del trastorno en la población, muchos de los cuales, como se ha expuesto anteriormente, están teóricamente orientados e influenciados por la cultura. Así, continúan siendo escasas las investigaciones sistemáticas en cuanto al sexo como potencial variable predictora de la efectividad de las terapias psicológicas en el mejoramiento de los síntomas del TEPT. Esta materia requiere estudios más controlados y representa un campo de investigación para psicoterapeutas e investigadores en cualquiera de las terapias psicológicas que se emplean para el tratamiento del TEPT.

En la prueba de la quinta hipótesis de la presente investigación, según la cual la relación entre los tipos de reacción al estrés (saludable y no saludable) y la efectividad de la terapia EMDR estaría mediatizada por las variables depresión e

internalidad total, hay que recordar que las personas del tipo saludable presentaron mayores puntajes en el indicador de efectividad de la terapia EMDR que las del tipo no saludable. Adicionalmente, en el presente estudio se constató que las personas del tipo saludable obtuvieron menores puntajes en depresión que las del tipo no saludable. También se encontró que las personas del tipo saludable presentaron mayor internalidad que las del tipo no saludable. Finalmente, se halló que la relación entre los tipos de reacción al estrés y la efectividad de la terapia EMDR continuó siendo significativa, aún después de controlar, tanto la variable depresión, como la variable internalidad total. Por tanto, se puede concluir que, aun cuando las personas del tipo saludable diferían de las del tipo no saludable en las variables depresión e internalidad total, ni una ni otra variable influyó en la relación que existe entre efectividad de la terapia EMDR y los tipos de reacción al estrés.

En cuanto a la relación entre los tipos de reacción al estrés y la depresión, y los tipos de reacción al estrés y la internalidad total, los resultados del presente estudio son consistentes con los señalados por Grossarth-Maticek y Eysenk (1990) sobre el tipo 1, con tendencia al cáncer (no saludable), en el que la desesperanza, la depresión, la frustración por la pérdida de control, la dependencia y tendencia al sufrimiento le impiden manejar las situaciones de estrés. En comparación, el tipo 4, protector de la salud (saludable), reacciona al estrés de forma adecuada, exhibe comportamientos de bienestar y de acercamiento o alejamiento afectivo sin sufrir perturbaciones, y prevaleciendo en él la dimensión de autonomía.

Así mismo, los resultados son consistentes con la descripción hecha inicialmente por Eysenk (1994) del patrón de conducta tipo A y tipo C. Este último tiene como uno de sus rasgos la tendencia a experimentar desesperanza y depresión, asociadas a lo que se ha denominado "indefensión aprendida" (Abramson, et al. 1972; Seligman, 1975), conciencia de desvalimiento y/o pérdida de control frente a las situaciones amenazantes del medio externo o

interno, y un patrón de pensamiento irracional de autoderrota y pesimismo (Beck, 1979; Ellis y Grieger, 1990). Contrariamente, el tipo saludable exhibe mayor control de su medio ante los eventos traumáticos; utiliza estrategias de afrontamiento más positivas, orientadas preferentemente hacia la tarea (Anderson, 1977; Kobasa, 1984), y tiene una alta internalidad que le permite el control equilibrado de sus pensamientos, emociones y acciones ante situaciones altamente estresantes (McCombs, 1991; Parkes, 1984).

Por tanto, los resultados obtenidos en la presente investigación establecen que la efectividad de la terapia EMDR se relaciona significativamente con los tipos de reacción al estrés, y que tal relación es independiente de los síntomas depresivos y de la internalidad total. Esto resulta, desde un punto de vista clínico y terapéutico, un dato muy importante para el diagnóstico y el tratamiento del TEPT en pacientes que tengan rasgos personales orientados a la salud o a la enfermedad.

En la prueba de la sexta hipótesis de la presente investigación, según la cual la relación entre la situación generadora de estrés (diagnóstico de cáncer y violencia o accidentes automovilísticos) y la efectividad de la terapia EMDR estaría mediatizada por las variables depresión e internalidad total, es importante recordar que las personas víctimas de violencia o accidentes obtuvieron puntajes más elevados en el indicador de efectividad de la terapia, que los pacientes con diagnóstico de cáncer. Se observó que ambos grupos respondieron a la terapia, pero el grupo de violencia o accidente lo hizo más favorablemente, tanto en la dimensión del TEPT como de ajuste. Por otra parte, no se encontró una relación significativa entre la situación generadora de estrés y depresión: tanto el grupo de personas con diagnóstico de cáncer como las víctimas de violencia o accidentes presentaron puntajes de depresión similares. Además, no se halló una relación significativa entre la situación generadora de estrés y la internalidad total: las personas con diagnóstico de cáncer exhibieron puntajes similares a los de las víctimas de violencia o accidente. Finalmente, se constató que la relación

entre la situación generadora de estrés y la efectividad de la terapia EMDR continuó siendo significativa, aún después de controlar, tanto la variable depresión, como la variable internalidad total. Por tanto, se puede concluir que ni una ni otra variable influyeron en la relación entre la efectividad de la terapia EMDR en la disminución de los síntomas específicos del TEPT y de ajuste, y la situación generadora de estrés.

Estos resultados se corresponden en parte con los obtenidos por Breslau, et al. (2000) quienes se plantearon si el tipo de trauma se relacionaba con el riesgo de depresión mayor. Según estos autores, la diferencia en el riesgo de depresión mayor asociada con TEPT versus exposición a trauma sin TEPT es poco probable que se deba a diferencias en el tipo de trauma, por lo que sus resultados no apoyan la hipótesis de que el TEPT y la depresión mayor estén influenciadas por vulnerabilidades diferentes o separadas. La naturaleza del evento no está asociada a la depresión.

La relación no significativa entre la situación generadora de estrés e internalidad concuerda con los resultados de varios estudios en los que, con independencia de la naturaleza del evento generador del estrés, unas personas experimentaron mayores niveles de estrés que otras, como consecuencia de una valoración diferencial de la situación traumática y el uso de estrategias más o menos sanas para afrontarla (Anderson, Koren, Arnon, y Klein, 1999; 1977; Parques, 1984; Cox y Mackay,1978; cp Sandin, 1995). Por tanto, no es el tipo de situación en sí la que determina un mayor o menor nivel en el TEPT y en el ajuste, sino la valoración o evaluación cognitiva que la persona hace de las características que tienen los eventos traumáticos o estresores en términos de amenaza, daño, desafío y ganancia, de los recursos de que dispone para poder afrontarlos, y la reevaluación o intercambio de información entre los recursos y los eventos traumáticos (Lazarus y Folkman, 1984).

En el presente estudio, el grado de asociación entre el indicador de efectividad de la terapia en los síntomas específicos del TEPT y en los de ajuste, y la variable situación generadora de estrés continuó siendo significativo, aun después de controlar la variable internalidad total. Esto puede tener su explicación en las puntuaciones similares y elevadas de internalidad total que obtuvieron tanto los pacientes con cáncer como los de víctimas de violencia o accidentes.

En el caso de la presente investigación, las situaciones traumáticas a las que estuvieron expuestos los participantes de la muestra fueron suficientemente intensas como para causar los síntomas de TEPT, pero se observó que no todas las personas respondieron similarmente a la terapia EMDR: las víctimas de violencia o accidente obtuvieron un mayor indicador de efectividad de la terapia EMDR que los pacientes de cáncer. Sin embargo, la internalidad total fue similar en los pacientes de cáncer y en las víctimas de violencia o accidente: ambos presentaron una internalidad elevada. Esta alta internalidad en el caso de los pacientes con cáncer podría explicar por qué la terapia EMDR fue también efectiva en estos pacientes, aun cuando la magnitud de la efectividad haya sido menor que en el caso de los pacientes víctimas de violencia o accidentes automovilísticos. En este sentido, autores como Parkes (1984), Paterson y Neufeld (1995); Thompson, et al. (1994) plantean que las personas con alguna enfermedad grave o incurable, con un locus de control interno, son capaces de percibirse equipadas para afrontar y controlar el estrés que ésta les produce.

Así, mientras más alta sea la internalidad de una persona, más se percibirá la persona a sí misma como agente de control, capaz de afrontar cualquier evento generador de estrés (McCombs, 1991; Paterson y Neufeld, 1995). En un contexto o situación determinada, la persona con una internalidad elevada percibe que el reforzamiento es contingente a su conducta. Las expectativas de control interno se perciben dependientes de la propia conducta y no de las

situaciones del medio, como ocurriría con una baja internalidad o un locus de control externo (Levenson, 1974; Rotter, 1954; cp. Morales, et al. 1999).

En cuanto a la séptima hipótesis según la cual la relación entre el sexo y la efectividad de la terapia EMDR en el mejoramiento del estrés postraumático está mediatizada por las variables depresión e internalidad total, es importante recordar que el grupo de mujeres obtuvo un indicador de efectividad de la terapia EMDR en la sintomatología específica del TEPT más alto que los hombres, y que la relación entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR en el TEPT y el sexo, continuó siendo significativo después de controlar la variable depresión, lo cual indica que la variable depresión no influyó en la asociación entre la efectividad de la terapia EMDR en la disminución de la sintomatología específica del TEPT y el sexo.

Esto se puede explicar por una parte, porque tanto los hombres como las mujeres de los grupos obtuvieron puntajes similares en depresión: Se halló que la relación entre sexo y depresión no fue estadísticamente significativa, aunque las mujeres tuvieron una puntuación en depresión ligeramente más alta que los hombres. Estos resultados evidencian que los hombres y mujeres expuestos a eventos traumáticos pueden experimentar los mismos niveles de depresión, a pesar de los resultados reportados por un grupo de estudios realizados por The Nacional Institute of Mental Health (2001) en los que se ha hallado que la depresión es más frecuente en las mujeres que en los hombres. En estos estudios, estas diferencias se explican por ciertas situaciones y vulnerabilidades que afectan diferencialmente a las mujeres y a los hombres. En este sentido, autores como Wolfe, et al. (2000) han reportado que las diferencias entre sexos en cuanto a la depresión, se debe más a la forma como cada sexo expresa sus emociones y a sus actitudes ante el dolor, fuertemente influenciadas por la cultura, que a la condición del sexo en sí misma.

Sin embargo, la correlación simple entre sexo e indicador de efectividad de la terapia EMDR en ajuste no fue significativa. Inicialmente, este indicador de efectividad en la dimensión de ajuste fue muy similar entre hombres y mujeres, y pone de manifiesto la efectividad de la terapia EMDR en el mejoramiento del estado de ánimo de los pacientes, de su equilibrio emocional frente al evento, así como también su funcionamiento adecuado en el campo de las relaciones interpersonales, en el área laboral y/o educativa, y en general en su adaptación social (Marcus, et al. 1997), con independencia del sexo del paciente.

No obstante, se observó que al controlar la variable depresión, la correlación parcial entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR en ajuste y el sexo sí resultó ser estadísticamente significativa, a favor del grupo de mujeres, por lo que se puede afirmar que la variable depresión sí influyó en el grado de asociación entre la efectividad de la terapia EMDR en la disminución de la sintomatología de ajuste y la variable sexo. Concretamente, al controlar la variable depresión se observó que las mujeres respondieron mejor a la terapia que los hombres.

Indudablemente, la depresión estaba interviniendo en la asociación entre ambas variables a través de síntomas que son comunes a la depresión y al TEPT, en su mayoría estos síntomas son los de ajuste y dolor; al controlar la depresión el grado de asociación entre el indicador de la efectividad de la terapia EMDR en ajuste y sexo, pasó a ser significativo (Echeburúa y De Corral, 1995; Keane y Wolfe, 1990).

En cuanto a la relación entre sexo e internalidad, se recordara que ésta no fue significativa: tanto en los hombres como en las mujeres la internalidad total fue elevada. Estos resultados, si bien son similares a los hallados en el estudio de Lee y Dengerink (1992); son contrarios a los reportados en otras investigaciones (De Brabander y Boone, 1990; Joseph, et al. 1993; Molinari y

Khanna, 1981), en las cuales se halló que las mujeres mostraban un locus de control más externo que los hombres, o fueron menos internas que los hombres.

Sin embargo, de acuerdo con autores como Crespo y Cruzado (1997); Dunkel-Schetter, et al. (1992); Foa, et al. (2000); Lazarus y Folkman (1984); Weidner, (2004); Wolfe, et al. (2000), la diferencia entre hombres y mujeres no estaría en los niveles de internalidad, sino en la forma cómo ambos afrontan el estrés: en cómo evalúan los eventos, en los recursos que tienen para afrontarlos, en la manera como informan sobre el evento traumático y en ciertas vulnerabilidades de cada sexo. Por supuesto, es muy importante la forma como cada sexo focaliza el afrontamiento de los eventos traumáticos. Al respecto, y en términos de los conceptos utilizados por Lazarus (1993), se podría decir que los hombres utilizan más las estrategias centradas en el problema, y las mujeres emplean preferentemente las estrategias que están centradas en la emoción.

En cuanto a la correlación parcial entre el sexo y el indicador de efectividad de la terapia EMDR en la sintomatología específica del TEPT, controlando la internalidad total, se observó que el grado de asociación entre estas variables, el cual en la correlación simple fue estadísticamente significativo, dejó de serlo en la correlación parcial por una diferencia mínima en el nivel de significación. Hubo una disminución importante en la magnitud de la correlación entre ambas variables. Dado este resultado, resulta difícil afirmar que la variable internalidad total influyó o no en el grado de asociación entre el sexo y el indicador de efectividad de la terapia EMDR en los síntomas de TEPT.

Este resultado coincide con las afirmaciones de Saxe y Wolfe (1999) quienes consideran que las posibles diferencias entre los sexos en cuanto a las respuestas a situaciones traumáticas están en gran parte determinadas por el estilo de expresar y reportar las experiencias traumáticas y los síntomas, así como también por los distintos modos de afrontamiento del TEPT que tienen los hombres y las mujeres, debido a influencias de tipo cultural y no a diferencias

reales entre ambos sexos. La mayoría de los estudios realizados hasta el momento no aportan datos definitivos sobre la relación entre el sexo y la superación de los síntomas del TEPT. Lo que sí se ha observado es una gran variabilidad de naturaleza psicosocial entre ambos sexos con respecto a las experiencias y respuestas al TEPT.

Finalmente, al controlar la variable internalidad total, la relación entre el indicador de efectividad de la terapia EMDR en ajuste y el sexo continuó siendo no significativa, por lo que se puede concluir que la variable internalidad total no influyó en la relación entre estas variables. Estos resultados son contrarios a los encontrados por Dunkel-Schetter, et al. (1992), quienes hallaron diferencias en cuanto al locus de control en mujeres y hombres que padecían cáncer: las mujeres utilizaban un mayor número de estrategias de afrontamiento, dando respuestas más favorables al tratamiento médico y psicoterapéutico, que los hombres.

Los resultados coinciden con las afirmaciones de algunos autores (Bensabat, Selye, y Fontana, s/f.; Lazarus, 1993; Marcus, et al. 1997; McCombs; 1991; Rotter, 1954; cp. Morales, et al. 1999; Sandin, 1995) y con los reportes de varias investigaciones (Anderson; 1977; Joseph, et al. 1993; Parkes, 1984) en los cuales el control interno y un grupo de estrategias de afrontamiento son utilizados por las personas que han sufrido un evento traumático para mejorar el estrés y favorecer los efectos del tratamiento psicoterapéutico, con independencia del sexo.

VI. CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como finalidad evaluar si la efectividad de la terapia EMDR en el tratamiento del TEPT está influida por factores como los tipos de reacción al estrés, la situación generadora de estrés y el sexo, así como también la posible participación de la variable depresión y la internalidad total en la relación entre estos factores y la efectividad de la terapia EMDR. Los resultados del estudio permiten llegar a las siguientes conclusiones:

1. La terapia EMDR, produce un mejoramiento significativo del TEPT en los pacientes con diagnóstico de cáncer y en aquellos que han sido víctimas de violencia o de accidentes automovilísticos graves.

2. La terapia EMDR no sólo produce en los pacientes una reducción significativa de la severidad de los síntomas específicos del TEPT, sino también redunda en una mejora de su estado anímico, la superación del dolor, la calidad de sus relaciones interpersonales y su funcionamiento laboral.

3. Si bien la terapia EMDR es altamente efectiva en términos de producir un mejoramiento de los síntomas del TEPT a corto plazo, no se puede concluir sobre el mantenimiento de este cambio a lo largo del tiempo, puesto que en el diseño usado en la presente investigación no se consideró un seguimiento a largo plazo, incluyéndose solamente una medida de los síntomas del TEPT y ajuste al término del tratamiento.

4. Las personas con TEPT que no reciben ningún tipo de atención psicológica muestran un empeoramiento en la severidad de los síntomas de ajuste del

cuadro clínico, condición que está representada en el presente estudio por el grupo control en lista de espera.

5. Las personas con TEPT que reciben atención del tipo escucha pasiva mantienen la severidad de los síntomas del cuadro clínico, tanto los específicos de TEPT como los de ajuste.

6. La magnitud de la efectividad de la terapia EMDR está asociada a ciertos factores psicológicos que diferencian los modos de reaccionar de las personas ante los eventos traumáticos. En este sentido, si bien la terapia EMDR provoca una disminución significativa de los síntomas específicos del TEPT y de los de ajuste, tanto en las personas catalogadas como de tipo saludable, como en las catalogadas como de tipo no saludable, la efectividad de este tipo de terapia es mayor en aquellos individuos pertenecientes al tipo saludable, según el Inventario de Reacciones Interpersonales de Grossarth-Maticek y Eysenk (1990), que en las catalogadas como de tipo no saludable.

7. Hay una relación significativa entre el tipo de reacción al estrés y la depresión, en el sentido de que las personas del tipo saludable presentan menores niveles de depresión que las del tipo no saludable. Sin embargo, la variable depresión no incide significativamente en la relación entre el tipo de reacción al estrés y la magnitud de la efectividad de la terapia EMDR.

8. Hay una relación significativa entre internalidad total y tipo de reacción al estrés, según la cual los individuos de tipo saludable se caracterizan por una internalidad total mayor que las personas pertenecientes al tipo no saludable. Sin embargo, la internalidad total no afecta de modo significativo la relación entre el tipo de reacción al estrés y la magnitud de la efectividad de la terapia EMDR.

9. La situación generadora de estrés es una variable que también condiciona la efectividad de la terapia EMDR en el mejoramiento de los síntomas específicos del TEPT y en los de Ajuste. En este sentido, si bien la terapia EMDR redunda en un mejoramiento del trastorno de estrés postraumático, tanto en los pacientes diagnosticados con cáncer, como en los individuos que han estado expuestos a situaciones de violencia o accidentes automovilísticos graves, la efectividad de este tipo de terapia es mayor en las personas víctimas de violencia o accidentes graves, que en los pacientes con cáncer. Esto puede deberse a que, mientras en el grupo víctima de violencia o accidentes el estímulo generador del TEPT ya ha desaparecido para el momento de aplicación de la terapia, en el caso de las personas con cáncer el estímulo sigue estando presente y constituyendo una potencial amenaza a la vida de la persona.

10. Los niveles de depresión de las personas no están significativamente relacionados con la situación la situación generadora de estrés. Tampoco existe una relación significativa entre la situación generadora de estrés y la internalidad total.

11. La relación entre la situación generadora de estrés y la magnitud de la efectividad de la terapia EMDR en la disminución de los síntomas específicos del TEPT y de ajuste, no se ve afectada significativamente, ni por los niveles de depresión de los individuos, ni por la internalidad total que los caracteriza.

12. El sexo de los individuos es una variable que incide significativamente en la efectividad de la terapia EMDR en lo que respecta al tratamiento de los síntomas específicos del TEPT. Concretamente, si bien la terapia EMDR produce una reducción de los síntomas específicos del TEPT tanto en los hombres como en las mujeres, éstas muestran una disminución de los síntomas específicos del TEPT mayor que los hombres.

13. El sexo de los de los individuos no afecta significativamente a la efectividad de la terapia EMDR en lo que respecta al tratamiento de los síntomas de ajuste. En este sentido, la magnitud de la efectividad de este tipo de terapia en el ajuste es similar en hombres y mujeres.

14. La depresión afecta similarmente a hombres y mujeres con TEPT. Por tanto, las diferencias entre ambos grupos, indicativos de mayores niveles de depresión en las mujeres, comúnmente reportados en la mayoría de los estudios, pueden deberse a otras variables, más de naturaleza externa, que a la misma condición del sexo de las personas, tales como la forma diferencial que cada sexo tiene de expresar sus emociones, las actitudes frente al dolor y ciertas vulnerabilidades que afectan en forma diferente a hombres y mujeres; diferencias las cuales están determinadas por influencias culturales y por el mismo proceso de socialización.

15. Los niveles de depresión no influyen significativamente en la relación entre sexo y efectividad de la terapia EMDR en el tratamiento de los síntomas específicos de TEPT.

16. Los niveles de depresión de los individuos inciden significativamente en la relación entre sexo y efectividad de la terapia EMDR en la disminución de la sintomatología de ajuste. Concretamente, en las mujeres los síntomas de ajuste y dolor se ven disminuidos en comparación con los hombres si se controla la depresión.

17. No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la internalidad total. Las diferencias que se han reportado en otros estudios, en los que se ha atribuido una mayor externalidad a la mujeres, podrían tener su razón de ser en la forma como las mujeres y los hombres afrontan y evalúan el estrés, en los recursos de que disponen para afrontar los eventos

traumáticos, en los modos de informar sobre el evento, y en ciertas vulnerabilidades que les afectan diferencialmente.

18. La relación simple que se constata entre la variable sexo y la efectividad de la terapia EMDR en el tratamiento de los síntomas específicos del TEPT deja de ser significativa cuando se controla la internalidad total. Sin embargo, dado que el nivel de significación que marca la no relación entre estas variables se diferencia muy poco del nivel de significación que acepta la relación, se puede afirmar que efectivamente hay una disminución importante en la magnitud de la relación entre la efectividad de la terapia EMDR y el sexo, pero no se puede concluir acerca de si la internalidad total afecta o no la relación entre la efectividad de la terapia EMDR y el sexo.

19. La ausencia de una relación significativa entre el sexo y la efectividad de la terapia EMDR en el mejoramiento de los síntomas de ajuste se mantiene aun cuando se controle la variable internalidad total.

20. El TEPT es un cuadro clínico complejo en el que intervienen factores de naturaleza biológica, físiológica, psicológica y social. También la historia del paciente, el tipo de trauma, las formas clínicas de manifestarse el TEPT y el tiempo de aparición de los síntomas son, entre otros, factores de vulnerabilidad o de protección que, no sólo afectan la severidad o benignidad del TEPT, sino la posibilidad de mejorar o no sus síntomas.

Esta realidad compleja demanda un abordaje terapéutico más integrativo y menos rígido en sus conceptos y prácticas, así como también un cuerpo teórico más sólido y consistente con la investigación, que guíe la intervención y explique científicamente sus resultados. Para las terapias tradicionales la complejidad del TEPT supone el desafío de una mayor apertura e inclusión de factores no específicos, que son compartidos con otras terapias y que han venido resultando útiles y efectivos en la práctica clínica. Para las nuevas

terapias exige una mayor investigación sobre sus componentes específicos y sus efectos directos en la superación de la enfermedad, con una rigurosa evaluación de las evidencias obtenidas, así como también una mayor elaboración teórica que le permitan explicar sus hallazgos.

Los resultados de la presente investigación constituyen un pequeño aporte a los esfuerzos que se realizan en el campo de la investigación clínica y en la práctica de la psicoterapia para el tratamiento del TEPT, con la convicción de que la misma tiene sus limitaciones, pero también de que a partir de sus resultados se puede seguir investigando, especialmente para contribuir a mejorar las condiciones de salud mental de los pacientes afectados por cuadros clínicos como el TEPT.

VII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

La complejidad del TEPT inferida a partir de los resultados encontrados en la presente investigación, informa sobre un grupo de limitaciones y recomendaciones que deben ser tomadas en cuenta en futuras investigaciones.

En primer lugar, en el presente estudio el tipo de muestro utilizado fue intencional lo cual dificulta la generalización de todos los resultados obtenidos a muestras con características distintas a la empleada en el estudio. Por otra parte, el tamaño de la muestra no fue lo suficientemente grande como para incluir en el diseño factores tales como el nivel socioeconómico, el nivel de instrucción, la edad y el lugar de procedencia de los participantes, que pudieran influir en los resultados obtenidos.

Así mismo, en el presente estudio no fue posible controlar variables como el nivel intelectual, la historia de eventos y la posible intervención de otros factores psicológicos que se consideran asociados con el TEPT, tales como: el síndrome de ansiedad y rasgos de personalidad que pudieran tener efectos comórbidos.

Lógicamente, desde un punto de vista teórico, lo ideal sería el uso de muestras aleatorias de gran tamaño; pero, es bien conocida la dificultad que, desde el punto de vista práctico, implica la selección aleatoria de gran cantidad de sujetos cuando se trabaja con poblaciones afectadas, no sólo por un trastorno físico o psicológico como el TEPT, sino que hayan estado expuestas a situaciones estresantes tan específicas como las consideradas en la presente investigación. Por esta razón, y a fin de poder verificar la generabilidad de los resultados aquí reportados, se recomienda que se continúen realizando investigaciones altamente controladas en esta área, en las que no sólo se consideren otras situaciones generadoras de TEPT, sino en las que se controlen

algunos factores potencialmente relevantes que no fue posible controlar en la presente investigación.

En cuanto a evaluar la efectividad de la terapia EMDR en función de sus componentes específicos, se recomienda que en futuras investigaciones se usen diseños en los que se compare esta terapia con otras utilizadas en el tratamiento del TEPT, cuidando de preservar en todo momento la calidad y fidelidad al tratamiento, e incluyendo también los grupos control placebo y en lista de espera. Así mismo, es conveniente el uso de diseños en los que se comparen las modalidades de movimientos bilaterales, preferentemente aquellos que desmonten los componentes activos de la terapia EMDR.

Por otra parte, se sugiere realizar un nuevo estudio piloto del Inventario de Reacciones Interpersonales (SIRI), en el que se trabaje con una muestra mayor, al menos 700 participantes, provenientes del mismo contexto clínico que fue el usado en el estudio piloto de la presente investigación, a fin de conocer con mayor precisión el comportamiento de los seis factores que proponen los autores de la prueba original. Sería también interesante normalizar esta prueba en otras poblaciones para observar y evaluar el comportamiento de estos factores.

En lo que respecta a la Escala de Locus de Control que se empleó en el estudio, hay que señalar que muchos de sus ítems están redactados de forma que puedan verse afectados por la deseabilidad social, pudiendo llevar a la obtención de niveles de control interno sobrestimados. Por lo que se recomienda actualizar la redacción de los ítems y hacer un nuevo estudio piloto en contextos clínicos, ya que la mayoría de las investigaciones en las que se ha utilizado esta prueba, al menos en el país, han sido realizadas en contextos educativos.

Adicionalmente, una de las limitaciones del diseño empleado en el presente estudio fue que implicó la realización de sólo una medida postest en los grupos que recibieron la terapia EMDR, por lo que no fue posible evaluar la

permanencia en el tiempo de los cambios provocados por la aplicación de la terapia. Por tanto, se recomienda en las futuras investigaciones incluir una etapa de seguimiento, al menos una medida adicional al mes y otra a los tres meses de haber concluido la terapia, a fin de observar si los cambios ocurridos en los niveles del TEPT como efecto del tratamiento permanecen o no.

Una de las limitaciones del estudio guarda relación con la dificultad para evaluar la fidelidad de las terapeutas en la aplicación de la terapia EMDR. Como se indicó en el apartado de Instrumentos, no fue posible disponer de dos evaluadores expertos en EMDR externos a la investigación para el análisis de las sesiones grabadas, por no tener en el país este recurso profesional y se dificultó mucho hacerlo con expertos a distancia, dadas las condiciones políticas y económicas que afectaron al país; de ahí que la aplicación y evaluación del Cuestionario de Fidelidad a la Terapia tuvo que realizarlo la misma investigadora modificando ciertos criterios de evaluación e intentando preservar en todo momento un registro fidedigno y confiable de las conductas observadas por las terapeutas durante sus intervenciones. De ahí la necesidad de preparar y entrenar profesionales que estén interesados en esta terapia.

Finalmente, en el presente estudio los resultados obtenidos en las escalas de SUDS y VOC se consideraron sólo como insumos dentro del proceso de intervención, pero no se incluyeron en los análisis estadísticos. Esto se hizo intencionalmente por dos razones: en primer lugar, para que los resultados obtenidos en estas escalas no contaminasen la interpretación de los obtenidos en las pruebas estandarizadas que se aplicaron; y, en segundo lugar, porque para poder incluirlos en el análisis estadístico se necesitaba un tamaño aún mayor de la muestra. Sin embargo, para futuras investigaciones se recomienda considerar los resultados hallados con estas dos escalas y contrastarlos con los obtenidos en los otros instrumentos que se apliquen.

Tanto las limitaciones como las recomendaciones antes expuestas, aunadas a los resultados obtenidos en el presente estudio, abren un campo de investigación para la terapia EMDR en el tratamiento del TEPT. Habiendo revisado una vasta y amplia literatura sobre esta terapia se encontró que muy poco se ha hecho en relación con la variable sexo, así como con enfermedades como el cáncer, y probablemente sea inexistente la investigación con la variable tipos de reacción al estrés. La mayoría de los estudios han sido con situaciones de violencia producto de las guerras y del terrorismo, y con desastres naturales, siendo la presente la primera investigación sistemática que se realiza en la que se combinan todas estas variables, incluyendo depresión y locus de control como variables intervinientes. Así mismo, este estudio es el primero que se lleva a cabo en el país sobre la terapia EMDR. Todo ello señala el valor heurístico que tiene el presente trabajo dentro de la investigación en Psicología.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramson, L.; Seligman, M.E. y Teasdale, J. (1978) Learned helplessness in humans: Critique and reformulations. *Journal of Abnormal Psychology*, *87 (1)*, 49-74.

Alter, C.L., Pelcovitz, D. y Axelrod, A. (1996). Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics,* 37 (2), 137-143.

Amdur, R.L., Larsen R. y Liberzon, I. (2000) Emotional processing in combat-related postraumatic stress disorder: A comparison with traumatized and normal controls. *Journal of Anxiety Disorder*, *14 (3)*, 219-238.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed.) Washington, DC: Autor.

American Psychiatric Association (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4ª ed.). Washington, DC: Autor.

Andersen, B. (1998). Explanation of a new report of a connection in breast cancer, stress, and the immune system. *Journal of the National Cancer Institute*, *90 (1)*, 30-36.

Anderson, C.R. (1977). Locus de control, coping behaviors, and performance in stress setting: A longuitudinal study. *Journal of Applied Psychology*, *62 (4)*, 446-451.

Andreu, A.M (1999). EMDR como técnica de tratamiento en mujeres víctimas de violación sexual. Tesis para optar al título de Licenciatura en Psicología, Universidad Francisco Marroquin. Guatemala.

Andrykowski, M.A., Curran, S.L., Studts, J.L., Cunnigham, L., Carpenter, J.S., McGrath, P.C., Sloan, D.A. y Kenady, D.E. (1996). Psychosocial adjustment and quality of life women with breast cancer and benign breast problems. A controlled comparison. *Journal of Clinical Epidemiology*, *49,* 827-834.

Arnau, J. (1981). *Diseños experimentales en psicología y educación.* México: Trillas.

Beck, A. (1979). *Depression: Causes and treatment* (3a.ed.). Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.

Bensabat, S; Selye, H.; y Fontana, D. (s/f). *Stress: Grandes especialistas responden.* Madrid: Mensajero

Benveniste, D. (1999). *Trabajando con pacientes en crisis psicológica.* Material no publicado. Caracas.

Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Barton, K.A., Taylor, A.E., Loos, W.R., y Jones-Alexander, J. (1996). One year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 775-786

Blanchard, E.B, Hickling, E.J. (1998). Motor vehicle accident survivors and PTSD. *PTSD Research Quarterly*, *9 (3)*, 1-8.

Borkovec, T.D. (1993). Between-group therapy outcome research: Design and methodology. *NIDA Research Monographs*, *137*, 249-289.

Boudewyns, P.A y Hyer, L.A. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as treatment for post-traumatic stress disorders (PTSD). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *3,* 185-195.

Boudewyns, P.A., Stwertka, S.A., Hyer, L.A., Albrecht, J.W. y Sperr, E.V. (1993). Eye movement desensitization and reprocessing: A pilot study. *Behavior Therapist*, *16*, 30-33.

Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P. y Peterson, E.L. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, *48*, 216-222

Breslau, N, Davis, G.C., Peterson, E.L. y Schultz, L.R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: The posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biological Psychiatry. 48 (9)*, 878-880.

Buckley, T. (2005). Traumatic stress and motor vehicle accidents. National Center for PTSD. Recuperado en 04 de abril, 2005 de: http://www.ncptsd.org/facts/specific/fs_mva.html

Burns, D. (1981). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: Signet.

Carlson, J.G., Chemtob, C.M., Rusnak, K., Hedlund, N.L. y Muraoka, M.Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *11*, 3-24.

Cella, D.F. y Tross, S., (1986). Psychological adjustment to survival from Hodgkin's disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54 (5)*, 616-622.

Chemtob, C.M., van der Kolk, B.A. y Pitman, R.K. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing. En: A.E. Foa, T.M. Keane y M.J. Friedman (Eds). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies.* New York: Guilford Press.

Chemtob, C.M., Nakashima, J., Hamada, R.S. y Carlson, J.G. (2002). Brief-treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal of Clinical Psychology*, *58,* 99-12.

Coiné, J.C., Benazon, N.R., Gaba, C.G., Calzone, K. y Weber, B.L. (2000). Distress and psychiatry morbidity among women from high-risk breast and ovarian cancer families. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *5*, 864-874.

Crespo, M.L. y Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, *23 (92)*, 797-830

Davidson, J.R. (2000). Trauma: The impact of post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychopharmacology*, *14 (2)*, 5-12.

Davidson, J.R., Swartz., M., Storck, M., Krishnan, R.R., y Hammett, E. (1985). A diagnostic and family study of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, *142*, 90-93.

Davison, G. y Neale, J. (1982). *Abnormal psychology* (3a. ed.). New York: John Wiley & Sons.

De Brabander, B. y Boone, C. (1990). Sex differences in perceived locus of control. *Journal of Social Psychology*, *130 (2)*, 271.

Debell, C. y Jones, R.D. (1997). As a good as it seems?: A review of EMDR experimental research. *Professional Psychology: Research and Practice*, *28*, 153-163.

Dekeyser, F.G., Wainstock, J.M., Rose, L., Converse, P.J. y Dooley, W. (1998). Distress, symptom distress and immune function in women with suspected breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, *25*, 1415-1422.

Delahanty, D.L., Herberman, H.B. Craig, K.J., Hadward, M.C., Fullerton, C.S., Ursano, R.J. y Baum, A. (1997) Acute and chronic distress and posttraumatic stress disorder as a function of responsibility for serious motor vehicle accidents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 560-567.

Devilly, G.J. y Spence, S.H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive behavioral trauma treatment in the amelioration of post traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *13*, 131-157.

Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L.G., Taylor, S.E. y Falke, R.L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, *11*, 79-87.

Echeburúa, E. y De Corral, P. (1995). Trastornos de estrés postraumático. En: A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds). *Manual de psicopatología*. [Vol. 2]. Madrid: McGraw-Hill.

Edmond, T., Rubin, A. y Wambach, K.G. (1999). The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research*, *23*, 103-116.

Ellis, A. (1980). *Reason and emotion in psychotherapy.* New York: Lyle Stuart.

Ellis, A. y Grieger, R. (1990) *Manual de terapia racional emotiva.* [Vol. 2]. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Enciclopedia Barsa (1981). Madrid.

Erikson, D.J., Wolfe, J., King, D.W., King, L.A. y Sharkansky, E.J. (2001). Postraumatic stress disorder and depression symptomatology in a sample of Gulf War veterans: A prospective analysis. *Journal of Consultation and Clinic Psychology*, *69 (1)*, 41-90.

Escuela de Psicología (2002). *Contribuciones a la deontología de la investigación en psicología.* Caracas: Publicaciones UCAB.

Eysenck, H.J. (1988). Personality and stress as casual factors in cancer and coronary heart disease. En: M.P. Janisse (Ed.) *Individual differences, stress, and health psychology.* New York: Springer Verlag.

Eysenk, H.J. (1994). Cancer, personality y stress: Prediction and prevention. *Advances in Behavior Research and Therapy*, *16*, 167-215.

Eysenk, H.J. y Grossarth-Maticek, R. (1991). Creative Novation Behavior Therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease: Part II – Effects of treatment. *Behaviour Research Therapy; 29 (1)*, 17-31.

Fallowfield, L.J. (1990). Psychosocial adjustment after treatment for early breast cancer. *Oncology. 4,* 89-97.

Feehan, M., Nada-Raja S, Martín J.A., Langley, J.D. (2001). The prevalence y correlates of psychological distress following physical and sexual assault in young adult cohort. *Journal of Interpersonal Violence*, *16 (1)*, 49-63.

Feeny, N.C.; Zoellner, L.A., Fitzgibbons, L.A. y Foa, E.B. (2000). Exploring the role of emotional numbing, depression, and dissociation in PTSD. *Journal of Trauma and Stress*, *13 (3)*, 489-498.

Fernandez, I. y Solomon, R. (2003). *Neurophysiological components of EMDR treatment*. EMDR Institute. California.

Flannery, D.J., Singer, M.I., Wester, K. (2001). Violence exposure, psychological trauma, and suicide risk in a community sample of dangerously violent adolescents. *Journal of Child Adolescence Psychiatry, 40 (4)*, 435-442.

Florez Lozano, J.A. (2004). El impacto psicológico del 11-M. *Salud Global,* 5, 1-2.

Foa, E.B., Keane, T.M. y Friedman, M.J. (2000). *Effective treatments for PTSD. Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York : The Guilford Press.

Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Riggs, D.S., y Murdock, T.M. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. 59*, 715-723.

Foy, D.W. y Goguen, C.A. (1998). Community violence-related PTSD in children and adolescents. *PTSD Research Quaterly, 9 (4)*, 1-8.

Frankl, V. E. (1967). Logoterapia y religión. En: W. Bitter (Ed.). *Psicoterapia y experiencia religiosa*. Salamanca: Ediciones Sígueme.

Frankl, V. E. (1988). *La presencia ignorada de Dios*. (7ma. ed). Barcelona: Herder.

Freedman, S., Gluck, N., Tuval-Mashiach, T., Brandes, D., Peri, T y Shalev, A. (2002). Gender differences in responses to traumatic events. A prospective study. *Journal of Traumatic Stress, 15 (5)*, 407-413.

Freeman, J.B. y Beck J.G., (2000). Cognitive interference for trauma cues in sexually abused adolescent girls with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, *29 (2)*, 245-256.

Freeman T.W y Roca, V. (2001). Gun use, attitudes toward violence, and aggression among combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervious Mental Disease*, *189 (5)*, 317-320.

Friedman, M. (1996). PTSD: Diagnosis and treatment for mental health clinicians. *Community Mental Health Journal*, *32 (2)*, 173-189.

Fullerton, C.S., Ursano, R.J., Epstein, R.S., Crowel, B., Vance, K., Tzu-Cheg Kao., Dougall, A. y Baum, A. (2001). Gender differences in posttraumatic stress disorder after vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 1486-1491.

Galea, S. y Ahern, J. (2002) Psychological sequelae of September 11 terrorist attacks in New York City. *The New England Journal of Medicine*, *346 (13)*, 982-987.

Gil, C. (2004, Junio 14). Seguridad vial, un problema de todos. Conferencia presentada en el *Foro sobre los 100 Años del Automóvil en Venezuela*. Caracas.

Goenjian, A.K., Steinberg, A.M., Najarian, L.M. y Fairbanks, L.A. (2000). Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *The American Journal of Psychiatry*, *157 (6)*, 911-916.

Goguen, C. (2000). The effects of community violence on children and adolescents. *The National Center for PTSD*. Recuperado en Enero 16, 2002 de: http://www.ncp.org/facts/specific/fs_child_com_vio.html.

Golier, J.A. Yehuda, R. Schmeidler, J. y Siever, L.J. (2001). Variability and severity of depression and anxiety in post traumatic stress disorder and major depressive disorder. *Stress and Anxiety, 13 (2)*, 97-100.

González de Rivera, J.L. (2000). Trastornos adaptativos y de estrés. El trastorno de estrés postraumático. *Congreso Virtual de Psiquiatría.* Conferencia 25-CI-B. Recuperado en Febrero 15, 2003 de: http://www.psiquiatría.com/congreso/mesas/mesa25/conferencias/25_ci_b.html.

González, F. (2001). Algunos aspectos neurobiológicos en PTSD. *II Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis*. Recuperado en Febrero 01, 2001 de: http://www.psiquiatría.com/interpsiquis2001/2468/html.

Grossarth-Maticek, R. y Eysenck, H.J. (1990). Personality, stress and disease: Description and validation of a new inventory. *Psychological Reports, 66 (2)*, 355-373.

Heimberg, R. (1989). Anxiety disorders, depression and attributional style: A further test of the specificity of depressive attributions. *Cognitive Therapy and Research, 13*, 21-36.

Hogan, W.A. (2001). The comparative effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and cognitive behavioral therapy. (CBT) in the treatment of depression. Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences & Engineering, *62 (2-B9)*, 1082.

Hoge, C.W., Castro, C.A., Messer, S.C., McGurk, D., Cotting, D.I., y Koffman, R.L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *The New England Journal of Medicine*, *352 (1),*13-22.

Hopwood, P., Howell, A. y Mcguire, P. (1991). Screening for psychiatric morbidity in patients with advanced breast cancer. Validation of two self-report questionnaires. *British Journal of Cancer*, *64,* 353-356.

Horowitz, M.J. (1999). Introduction Part I. En: M.J. Horowitz (Eds). *Essential papers on posttraumatic stress disorder.* New York: New York University Press.

Horowitz, M.J., Wilner, N.; Kaltreider, N., y Álvarez, W. (1999). Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. En: M.J. Horowitz (Eds). *Essential papers on posttraumatic stress disorder.* New York: New York University Press.

Howard, J.M. (1998). Stress and immune responses after surgical treatment for regional breast cancer. *Journal of National Cancer Institute, 90 (1)*, 30-36.

Ironson, G.I., Freund, B., Strauss, J.L y Williams, J. (2002). A comparison of two treatments for traumatic stress: A pilot study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, *58*, 113-128.

Joseph, S.A., Brewin, C.R., Yule, W. y Williams, R (1993). Causal attributions and post-traumatic stress in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *34*, 247-253.

Kash, K.M., Holland, J.C., Halper, M.S. y Miller, D.G. (1992). Psychological distress and surveillance behaviors of women with a family history of breast cancer. *Journal of National Cancer Institute, 84*, 27-30.

Keane, T.M. y Wolfe, J. (1990). Comorbidity in post-traumatic stress disorder: An analysis of community and clinical studies. *Journal of Applied Social Psychology, 20*, 1776-1778.

Kerlinger, F. (1998). *Investigación del comportamiento.* (3a ed). México: McGraw-Hill.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. y Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the Nacional Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 1048-1060.

Kielholz, P. (1983). *El médico no psiquiatra y sus pacientes depresivos.* Barcelona: Herder.

King, L.A., King, D.W., Leskin, G. y Foy, D.W. (1995). The Los Angeles Sympton Checklist: A self-report measure of posttraumatic stress disorder. *Assessment, 2 (1)*, 1-17.

Kobasa, S.C. (1984). Social and psychological resources mediating stress-illness relationships in human. En W.D. Gentry (Ed.). *Handbook of behavioral medicine*. New York: Guildford Press.

Koocher, G. y O'Malley, J. (1981). *The Damocles Syndrome: Psychosocial consequences of surviving childhood cancer.* New York: McGraw-Hill.

Koren, D., Arnon, I. y Klein, E. (1999). Acute stress response and traumatic stress disorder in traffic accident victims: A one-year prospective, follow-up study. *The American Journal of Psychiatry, 156 (3)*, 367-373.

Kornblith, A.B., Anderson, J. y Cella, D.F. (1990). Quality of life assessment of Hodgkin's disease survivors: A model for cooperative clinical trial. *Oncology, 4 (5)*, 93-1001.

Kornblith, A.B., Anderson, J. y Cella, D.F. (1992). Hodgkin disease survivors at increased risk for problems in psychosocial adaptation. *Cancer, 70 (8)*, 2214-2224.

Labrozzi, D., Carinci, F., Nicolucci, A., Battinardi, O., Zotti, A.M. y Tognoni, G. (1996). Psychological characteristics of patient with infarction: Results of the GISSI-2 Italian Group for the Study of Survival in Myocardial Infarction. *GISSI Italian Cardiology*, *26 (1)*, 85-106.

LaMothe , R. (1999). The absence of cure: The core of malignant trauma and symbolization. *Journal of Interpersonal Violence*, *14 (11)*, 1193-1210.

Lazarus, R.S. (1993). Coping, theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine, 55*, 234-247.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer Publishing Company.

Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J. y Greenwald, R. (2002). Treatment of post-traumatic stress disorder: A comparison of stress inoculation training with prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Clinical Psychology*, *58*, 1071-1089.

Lee, V.K., y Dengerink, H.A. (1992). Locus of control in relation to sex and nationality. A cross-cultural study. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 23, 488-497

Lerman, C. y Schwartz, M. (1993). Adherence and psychological adjustment among women at high risk for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment, 28*, 145-155.

Levenson, H. (1974). Activism and powerful: Others distinction within the concept of internal versus external control. *Journal of Personality Assessment*, *38*, 377-383.

Levenson, R.L. Jr., Memoli M., Flannery R.B. Jr. (2000). Coping with psychological aftermath of school violence: The teacher and the assaulted staff action program. *Journal Emergency Mental Health, 2* (2), 105-112.

Lohr, J.M., Tolin, D.F. y Lilienfeld, S.O. (1998). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing: Implications for behavior therapy. *Behavior Therapy*, *29*, 123-156.

Maier, S.F. (2001). Exposure to the stressor environment prevents the temporal dissipation of behavioral depression/learned helpleness. *Department of Psychology and Behavioral Neuroscience Program.* University of Colorado. Boulder.

Marcus, S., Marquis, P. y Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy*, *34*, 307-315.

McCombs, B. (1991). Metacognition and motivation in higher level thinking. Artículo presentado en el *The Annual Meeting of the American Educational Research Association.* Chicago, EE.UU.

McDermott, B.M. y Cvitanovich, A. (2000). Postraumatic stress disorder and emotional problems in children following motor vehicle accidents: An extended case series. *American Journal of Psychiatry*, *34 (3)*, 446-452.

McDermut, J.F., Haaga D.A. and Kir, L. (2000). An evaluation of stress symptoms associated with academic sexual harassment. *Journal of Trauma Stress*. 13 (3), 397-411.

McNally, R.J. (1999). Research on eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a treatment for PTSD. *PTSD Research Quaterly, 10 (1),* 1-8.

Medina, J.L., Pérez, J.L. y Gancedo, I. (2001). Estudio clínico del trastorno por estrés postraumático relacionado con el terrorismo urbano. *Interpsiquis* (2). Recuperado en Diciembre 13, 2001 de: http://www.psiquiatria.com/artículos/estres/2455/html.

Minardi, C y Paoli, S (2002). Influencia del sexo, edad, nivel socioeconómico y apoyo social sobre los niveles de estrés postraumático en personas afectadas por las inundaciones del Estado Vargas en diciembre de 1999. Tesis para optar al título de Licenciatura en Psicología, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Molinari, V. y Khanna, P. (1981). Locus of control and its relationship to anxiety and depression. *Journal of Personality and Assessment, 45 (3)*, 314-319.

Morales, J., Moya, M., Pérez, J., Fernandez, J.M.., Fernández-Dols, J., Huici, C., Páez, D. y Marques, J. (1999). *Psicología social.* (2ª ed.). México: McGraw-Hill.

Morris, T. y Greer, S. (1980). A "Type C" for cancer?. Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer. *Cancer Detection and Prevention*, 3, Abstratc Nº 102.

National Center for PTSD (1995). Early intervention for trauma: Current status and future directions. Recuperado en Noviembre 16, 2001 de: http://www.ncptsd.org/facts/disasters/fs_earlying_disaster.html.

National Institute of Mental Health - NIMH (2003). Men and Depression. Nº 3, 4972. Recuperado Abril 09, 2005 de: http://www.nimh.nih.gov.infopage.asp.id=10.

Norris, F.H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 409-418.

Othmer, E. y Othmer, S. (1996). *DSM-IV. La entrevista Clínica.* Tomo II: El paciente difícil. Barcelona: Masson.

Pacanowski, T.G. (2002). El estrés post-traumático. *VI Congreso Nacional de Psiquiatría*. Barcelona-España. Recuperado en Febrero 7, 2005 de: http://www.diariomedico.com/edicion/noticias/02458,209348-4401,00.htm

Pacheco, A. y Suárez, L. (1997). Un diagrama de ruta del efecto de los factores sociodemográficos, depresión y apoyo social sobre la autopercepción de la salud en estudiantes universitarios. Tesis para optar al título de Licenciatura en Psicología, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Parkes, K. (1984). Locus de control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes. *Journal of Personality and Social Psychology, 46 (3)*, 655-668.

Paterson, R.J. y Neufeld, R.W. (1995). What are my options?. Influences of choice availability on the stress and the perception of control. *Journal of Research in Personality, 29*, 145-167.

Payne, W.S. (1988). *Job, stress and burnout: Research, theory and intervention perspectives*. Beverly Hill: Sage.

Perkins, B.R. (2002). A critical evaluation of current views regarding eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Clarifying points of confusion. *Journal of Clinical Psychology*, *58 (1)*, 77-97.

Pies, R. (1999). Shadows from the past: Understanding posttraumatic stress disorder. Recuperado en Octubre 29, 2001 de: http://www.cnn.com/HEALTH/9911/01/ptsd.wmd.

Pitman, R.K., Orr, S.P., Altman, B., Longpre, R.E., Poire, R.E. y Macklin, M.L. (1996). Emotional processing during eye movement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *37*, 419-429.

Polaino-Lorente, A. y Buceta, J. M. (1984). Reformulación del modelo de "Learned Helplessness" desde el punto de vista de la psicología atribucional. En: A. Polaino-Lorente (Eds). *Depresión: Actualización psicológica de un problema clínico*. Madrid: Alhambra.

Radloff, L.S. y Locke, B.Z. (1986). The community mental health assessment survey and the CES-D Scale. En: M.M. Weissman, J.K. Myers y C.E. Ross, (Eds). *Community surveys of psychiatric disorders*. New Brunswick NJ: Rutgers University Press.

Renfrey, G. y Spates, C.R. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing: A partial dismantling procedure. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, *25*, 231-239.

Rizquez, F. (1975). Aspectos psiquiátricos en cancerología. En R. Vera y L.E. Palacios (Eds.). *Cáncer al día*. Vol. 1. pp. 57-84. Caracas.

Rojas, E. (2004). II Curso Internacional por Estrés Postraumático. Sociedad Española de Especialistas en Estrés Postraumático. *Salud Global*, *5*, 8.

Romero-García, O. (1979). *Escala de Locus de Control. Adaptación de la Escala de Levenson*. Mérida: Universidad de los Andes.

Rosenthal, B.S. (2000). Exposure to community violence in adolescence: Trauma symptoms. *Adolescente*, *35 (138)*, 271-284.

Rosenthal B.S. y Huttom, E.M. (2001). Exposure to community violence and trauma symptoms in late adolescence: Comparison of a college sample and noncollege community sample. *Psychology Review*, *88 (2)*, 267-274.

Rosenthal B.S. y Wilson W.C. (2001). Relationship between exposure to community violence and psychological distress: Linear or curvilinear. *Psychology Review*, *88 (3)*, 635-640.

Rothbaum, B.O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disordered sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *61*, 317-334.

Rothschild, B. (1997). Posttraumatic stress disorder: Identification and diagnosis. Recuperado en Abril 10, 1999 de: http://www.healing-arts.org/tir/n-r-rothschild.htm

Rotundo, M. y Torres, N. (1994). Estudio de la prevalencia del humor depresivo en una muestra de estudiantes de la UCAB. Tesis para optar al título de Licenciatura en Psicología. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Rundell, J.R., Ursano R.J. y Grace, M.C. (1992). Psychiatric responses to trauma. *Hospital and Community Psychiatry*, *40 (1)*, 68-74.

Sáiz, M.P., Calcedo, O.A. y Bousoño, G.M. (2001) Avances neurobiológicos en el trastorno de estrés postraumático. *II Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis*. Recuperado en Diciembre 13, 2001 de: http://www. psiquiatría.com/interpsiquis2001/2324.htm.

Salgado, N. y Maldonado, M. (1994). Características psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, en mujeres mexicanas, adultas de zonas rurales. *Salud Pública*, *36*, 200-209.

Sandín, B. (1995). El estrés. En: A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds). *Manual de Psicopatología*. [Vol. 2]. Madrid: McGraw-Hill.

Sandín, B. y Chorot, P. (1987). *Cuestionario de sucesos vitales (CVS)* Madrid: UNED.

Sandin, B., Chorot, P.; Navas, M.J. y Santed, M.A. (1992). Estrés y enfermedad: Inventario de reacciones interpersonales de Grossarth-Maticek y Eysenck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 45 *(4)*, 391-396.

Sarason, I.G., Johnson, J.H. y Siegel, J.M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the life experiences survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *48*, 932-946.

Saxe, G. y Wolfe, J. (1999) Gender and posttraumatic stress disorder. En P.A. Saigh; J. Douglas Bremner (Ed.). *Postraumatic stress disorder: A comprehensive text*. Boston: Allyn and Bacon.

Scheck, M.M., Schaeffer, J.A. y Gillette, C.S. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*, *11*, 25-44.

Schnyder, U., Moergeli, H., Klaghofer, R. y Buddeberg, C. (2001). Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in several injured accident victims. *The American Journal of Psychiatry*, *158 (4)*, 594-599.

Seedat, S. y Stein, D.J. (2000). Trauma and post-traumatic stress disorder in women: A review. *Clinical Pharmacology*, *3*, 25-33.

Seligman, M.E. (1975). *Helplessness: On depression. Development and death*. San Francisco: Freeman.

Selye, H (1983). The stress concept: Past, present, and future. En: C.L. Cooper (Ed.). *Stress research*. New York: Wiley.

Shalev, A.Y., Freedman, S.; Peri, T, Brandes, D.; Sahar, T.; Orr, S.P. y Pitman, R.K. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 630-637.

Shapiro, F. (1989a). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, *2 (2)*, 199-223.

Shapiro, F. (1989b). Eye movement desensitization and reprocessing: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, *20*, 211-217.

Shapiro, F. (1995a). *Movimientos oculares, desensibilización y reprocesamiento. Niveles I y II. Manual de Entrenamiento*. California: EMDR Institute.

Shapiro (1995b). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic Principles, protocols and procedures*. New York: The Guilford Press.

Slipak, O. E. (2005). Estrés y perfiles de personalidad. *Alcmeon*, *16*, Recuperado en Enero 30, 2005, de: http://www.alcmeon.com.ar/4/16/a 16/_06.htm.

Stein, B.D., Zima B.T., Elliot M.N., Burnam, M.A., Shahinfar, A., Fox, N.A; Leavitt, L.A. (2000). Violence exposure among school-age children in foster care: Relationship to distress symptoms. Recuperado en Octubre 03, 2001 de http://www.ncb/query.fcgi?cmd=retrieve&db=PubMed&list_uid=11349704.htm

Stuber, M.L., Meeske, K. y González, S. (1994). Post-traumatic stress after childhood cancer I: The role of appraisal. *Psycho-Oncology*, *3*, 305-312.

Temoshok, L. (1985). The relationship of psychosocial factors to prognostic indicators in cutaneous malignat melanoma. *Journal of Psychosomatic Research*, *29*, 139-154.

Thompson, S.C., Nanni, C. y Levine, A. (1994). Primary versus secondary and central versus consequence-related control in HIV-positive men. *Personality and Social Psychology*, *67*, 540-304.

Tucker, P., Pfefferbaum, B., Nixon, S.J., y Dickson, W. (2000). Predictors of post-traumatic stress in Oklahoma City: Exposure, social support, peri-traumatic

responses. *Journal of Behavioral Health*. Recuperado en Octubre 03, 2001 de: http://www.ncb/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=11070634.htm

Ursano, R.J., Fullerton, C.S., Epstein, R.S., y Crowley, B. (1999). Acute and chronic posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *The American Journal of Psychiatry*, *156 (4)*, 589-595.

van der Kolk, B. (1995). Trauma and memory. En B. van der Kolk, A. McFarlane, L. Weiseth. (Eds.). *Traumatic stress*. New York: The Guilford Press.

Warren, S. (2001). Women more susceptible to PTSD. Recuperado en Octubre 29, 2001 de: http://www.suite101.com/article.cfm/veterans_health_care/59946.

Weidner, G. (2004). Why do men more heart disease then women?. An international perspective. *Journal Am College Health*, *48 (6)*, 291-294.

Wilson, S.A., Becker, L.A. y Tinker, R.H. (1997). Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for posttraumatic stress disorder and psychological trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65 (6)*, 1047-1056.

Wolfe, J., Chrestman, K.R., Ouimette, P.C., Kaloupek, D., Harley, R.M. y Bucsela, M. (2000). Trauma-related psychofisiological reactivity in women exposed to war-zone stress. *Journal of Clinical Psychology*, *56 (10)*, 1371-1379.

ANEXO 1

SHORT INTERPERSONAL REACTIONS INVENTORY

Instrucciones:

A continuación encontrarás un número de proposiciones sobre sus actitudes y emociones en relación con la gente y situaciones que son muy significativas. **Responda SI o No** a cada proposición de acuerdo con su primera impresión; no piense mucho acerca del significado preciso de la proposición.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Su respuesta, cualquiera de las dos opciones que sea, será siempre importante para nosotros/as. Por tanto **no deje ninguna proposición sin contestar**, a menos que le resulte completamente imposible responder SI o NO.

		YES	NO
1.	I find it very difficult to stand up for myself.		
2.	I have been complaining for years about various unfavorable conditions, but I am not able to change them.		
3.	I am mainly concerned with my own well-being		
4.	I am usually content and happy with my daily activities		
5.	I can express my feelings only when there are good reasons for them		
6.	I don't believe in social rules and don't pay much attention to other people's expectations or the obligations I may have towards them		
7.	I cannot live happily and contentedly with or without a particular person.		
8.	I prefer to agree with others rather than assert my own views		
9.	Certain people are the most important causes of my personal misfortunes.		
10.	I alternate to a great degree between the positive and negative evaluation of people and conditions.		
11.	When I can not achieve closeness with someone who is emotionally important to me, I have no difficulty in letting them go.		
12.	I have difficulties in showing my emotions because for every positive emotion there is a negative one.		
13.	My behaviour towards other people alters from being very friendly and good-natured to being very hostile and aggressive.		

14.	I cannot live happily and contentedly in the presence of the absence of certain states or conditions; e.g. I need my work but am unhappy doing it.		
15.	I tend to act more to fulfill the expectations of people close to me rather than look after my own needs.		
16.	Certain conditions or situations are the most important cause of my personal misfortunes.		
17.	With people I love, I keep changing from keeping them at a great distance to stifling dependence and from stifling dependence to excessive distancing.		
18.	I can usually arrange things so that people who are emotionally important to me are as close to or as distant from me as I wish.		
19.	Reason, rather than emotion , guides my behaviour		
20.	I often expect others to fulfill agreements very strictly but do not believe in doing so myself.		
21.	I often have thoughts which terrify me and make me unhappy.		
22.	I tend to give in and abandon my own aims in order to achieve harmony with other people.		
23.	I feel helpless against people or conditions which cause great unhappiness for me, because I cannot change them.		
24.	When I am in a situation which I experience as threatening, I immediately try to get other people to help and support me.		
25.	When I fail to achieve my objectives, I can easily change my task.		
26.	When people make emotional demands on me, I usually react only rationally, never emotionally.		
27.	I usually act in a spontaneous manner, following my immediate feelings without considering the actual consequences.		
28.	Relations with certain people are always pretty unsatisfactory, but there is nothing I can do about it.		
29.	I am unable to express my feelings and needs openly to other people.		
30.	I always seem to be confronted with the undesirable aspects of people and conditions.		
31.	When someone who is emotionally important to me hurts me ever so slightly, I immediately dissociate myself from that person.		
32.	I can manage to live fairly contentedly with or without someone who is emotionally important to me.		
33.	I am quite unable to allow myself to be guided by emotional considerations.		
34.	I often feel life attacking other people and crashing them.		

35.	Certain situations and states (e.g., at my place of work) tend to make me unhappy, but there is nothing I can do to alter things.		
36.	I tend to accept conditions which work against my personal interests without being able to protest.		
37.	Certain people keep interfering with my personal development.		
38.	I expect others to live up to the highest moral standards but do not feel that these are binding on myself.		
39.	I can usually change my behaviour to suit conditions.		
40.	My action is never influenced by my emotions so degree that they are might appear irrational.		
41.	When my partner demonstrates love towards me, I sometimes become particularly aggressive.		
42.	Certain bodily conditions (e.g., being overweight) make me unhappy, but I feel unable to do nothing about them.		
43.	I often feel inhibited when it comes to openly showing negative feelings such as hated, aggression, or anger.		
44.	Certain conditions keep interfering with my personal development.		
45.	I seek satisfaction of my own needs and desires first , regardless of the needs and rights of others.		
46.	I am usually capable of findings new points of view and successful, sometimes surprising solutions for problems.		
47.	I always try to do what is rational and logically correct.		
48.	When I feel like attacking some one physically, I have no inhibitions about doing this at all.		
49.	I can relax bodily and mentally only very rarely; most of the time I am very tense.		
50.	I am inclined not to be demonstrative when emotional shocks upset me.		
51.	I cannot control excitement or stress in my life because this dependent on the actions of other people.		
52.	When I make emotional demands on another person, I require immediate satisfaction.		
53.	I am independent in what I do and do not depend on another people when this works to my disadvantage.		
54.	I always try to express my needs and desires in a rational and reasonable manner.		
55.	I have not inhibitions in hutting myself physically if I feel like doing so.		
56.	I have great difficulties in entering into happy and contented relations with people.		
57.	When I feel emotionally let down, I tend to be paralyzed and inhibited.		

58.	I cannot control excitement or stress in my life because it depends on conditions over which I have no control.		
59.	I usually find fulfillment in every situations which are not subject to ordinary rules, regulations, and expectations.		
60.	When things don't work out, this does not make me give up but rather makes me change my way of doing things.		
61.	I try to solve my problems in the light of relevant and rational considerations.		
62.	I recent all moral obligations because they hamper and inhibit me.		
63.	I am helpless when confronted with emotional shocks, depression or anxiety.		
64.	When something terrible happens to me, such as the dead of a loved one, I am quite unable to express my emotions and desires.		
65.	I can express my aims and desires clearly but feel that it is quite impossible to achieve them.		
66.	As soon as someone becomes emotionally important for me, I tend to place contradictory demands upon them, such as "Don't ever leave me" or "Get away from me".		
67.	When things lead to harmful results for me, I have no trouble in changing my behaviour to make for success.		
68.	I only believe in things which can be proven scientifically and logically.		
69.	When it benefits me, I have no hesitation in lying and pretending.		
70.	I am seldom able to feel enthusiasm for anything.		

ANEXO 2

INVENTARIO DE REACCIONES INTERPERSONALES – FORMA BREVE

Instrucciones:

A continuación encontrarás un número de proposiciones sobre sus actitudes y emociones en relación con la gente y situaciones que son muy significativas. **Responda SI o No** a cada proposición de acuerdo con su primera impresión; no piense mucho acerca del significado preciso de la proposición.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Su respuesta, cualquiera de las dos opciones que sea, será siempre importante para nosotros/as. Por tanto **no deje ninguna proposición sin contestar**, a menos que le resulte completamente imposible responder SI o NO.

PROPOSICIONES	SI	NO
1. Encuentro muy difícil defenderme por mi mismo/a.		
2. Me he estado quejando por años acerca de varias condiciones desfavorables pero me siento incapaz de cambiarlas.		
3. Estoy principalmente preocupado/a por mi propio bienestar		
4. Estoy usualmente contento/a y feliz con mis actividades		
5. Puedo expresar mis sentimientos sólo cuando hay buenas razones para ello.		
6. Me cuesta seguir las reglas sociales y responder a las expectativas y obligaciones que pueda tener con los demás.		
7. Se me dificulta vivir feliz y contento/a estando con una persona en particular o estando sin ella		
8. Prefiero estar de acuerdo con los otros en vez de afirmar mi propio punto de vista		
9. Ciertas personas son las principales causas de mis desgracias personales		
10. En cierto grado, alterno entre una evaluación positiva y una evaluación negativa de los demás.		
11. Cuando fracaso en lograr la cercanía de alguien que es afectivamente importante para mí, lo acepto sin complicaciones		
12. Tengo dificultad en mostrar mis emociones porque por cada emoción positiva hay una emoción negativa		

13. Mi conducta con los demás alterna de ser muy amistosa y amable a ser muy hostil y agresiva		
14. Me cuesta vivir feliz y contento/a en presencia o en ausencia de ciertos estados o condiciones; ej., necesito mi trabajo pero soy infeliz haciéndolo.		
15. Me inclino más a actuar cumpliendo las expectativas y necesidades de los otros, que cuidar de mis propias necesidades		
16. Ciertas condiciones o situaciones son las mayores causas de mis desgracias personales.		
17. Con la gente que quiero me mantengo cambiando de una postura de excesiva distancia a una dependencia agobiante y de una dependencia agobiante a una excesiva distancia.		
18. Usualmente puedo arreglar las cosas para que la gente, emocionalmente importante para mí, esté tan cerca o tan lejos de mí como yo lo desee.		
19. Mi conducta se guía más por la razón que por la emoción		
20. Muchas veces espero que los otros cumplan estrictamente los acuerdos pero pienso que yo misma soy incapaz de hacerlo		
21. Muchas veces tengo pensamientos que me aterrorizan y me hacen muy infeliz		
22. Tiendo a entregar y abandonar mis propias metas para lograr la armonía con los otros.		
23. Me siento impotente frente a gente o situaciones que me causan gran infelicidad porque no puedo cambiarlos.		
24. Cuando estoy en una situación que experimento amenazante trato inmediatamente que los demás me ayuden y me den apoyo		
25. Cuando fracaso en lograr de mis objetivos fácilmente puedo cambiar de rumbo.		
26. Cuando la gente me hace demandas emocionales, usualmente reacciono racionalmente ante ellas nunca emocionalmente.		
27. Usualmente soy espontáneo/a y sigo mis primeros sentimientos sin tomar en cuenta las consecuencias		
28. Mis relaciones con ciertas personas son siempre insatisfactorias y es imposible que yo pueda hacer algo al respecto.		
29. Me siento incapaz de expresar mis sentimientos y necesidades abiertamente a otra gente.		
30. Siempre parezco estar confrontada con los aspectos indeseables de la gente y sus condiciones.		
31. Cuando alguien, que es emocionalmente importante para mí, me hiere, aunque sea poco, inmediatamente me alejo de esa persona.		
32. Puedo vivir muy bien con o sin la presencia de la persona que es emocionalmente importante para mí.		

33. Soy incapaz de permitirme a mi mismo/a ser guiado/a por consideraciones emocionales.		
34. A veces siento que estoy atacando y aplastando a otra gente		
35. Ciertas situaciones y lugares (ej.: mi lugar de trabajo) me provocan infelicidad y me siento incapaz de alterar estas cosas.		
36. Tiendo a aceptar condiciones que trabajan contra mis propios intereses personales sin ser capaz de protestar.		
37. Ciertas personas se la pasan interfiriendo en mi desarrollo personal		
38. Espero que los otros cumplan con las más altas exigencias de las normas morales pero yo me siento muy poco obligado/a a cumplirlas		
39. Usualmente cambio mi conducta para acomodarla a las situaciones		
40. Mis acciones no están nunca influenciada por emociones al grado de que ellas pudieran parecer irracionales.		
41. Cuando mi pareja demuestra su amor hacia mi, algunas veces me vuelvo particularmente agresivo/a con el/ella.		
42. Ciertas condiciones corporales (ej.: tener sobrepeso) me hacen infeliz pero me siento incapaz de hacer algo por cambiarlas		
43. Muchas veces me siento inhibido/a para mostrar abiertamente sentimientos negativos de enojo, agresión o ira.		
44. Ciertas condiciones se mantienen interfiriendo con mi desarrollo personal		
45. Busco primero la satisfacción de mis propias necesidades a pesar de las necesidades y deseos de los otros.		
46. Usualmente soy capaz de encontrar nuevos puntos de vista y soluciones exitosas a los problemas, algunas veces en forma sorprendente.		
47. Siempre trato de hacer lo que es racional y lógicamente correcto		
48. Cuando siento el deseo de atacar a alguien físicamente no tengo ninguna inhibición de hacerlo.		
49. Rara vez puedo relajarme física y mentalmente. La mayor parte del tiempo estoy tenso/a		
50. Generalmente cuando algo me perturba emocionalmente me inhibo de demostrarlo		
51. Soy incapaz de controlar las emociones o el estrés en mi vida porque esto depende de las acciones de otra gente		
52. Cuando hago demandas emocionales a otra persona, requiero satisfacción inmediata.		
53. Soy independiente en lo que hago y de la gente que no trabaja a mi favor		
54. Siempre trato de de expresar mis necesidades y deseos de una manera racional y razonable		

55. Soy capaz de lastimarme físicamente a mi mismo/a, si siento el gusto de hacerlo, en forma desinhibida		
56. Tengo grandes dificultades en tener relaciones felices y satisfactorias con la gente		
57. Cuando me siento emocionalmente abandonada, tiendo a quedarme paralizada e inhibida		
58. Es difícil controlar la ansiedad o estrés en mi vida porque esto depende de condiciones que escapan a mi control.		
59. Usualmente encuentro satisfacción en situaciones que son contrarias a las reglas, normas o expectativas ordinarias.		
60. Cuando las cosas funcionan mal, esto más bien me hace cambiar mi manera de hacer las cosas, sin renunciar a ellas		
61. Trato de solucionar mis problemas asumiéndolos a la luz de consideraciones relevantes y racionales.		
62. Rechazo todas las obligaciones morales porque ellas me estorban e inhiben		
63. Soy incapaz cuando tengo que enfrentar situaciones emocionales, de depresión o ansiedad		
64. Cuando algo terrible me pasa, como la muerte de alguien amado, soy incapaz de expresar mis emociones y deseos.		
65. Puedo expresar mis metas y deseos claramente pero siento que es casi imposible lograrlos.		
66. Tan pronto como una persona se convierte en alguien emocionalmente importante para mí, comienzo a hacer demandas contradictorias sobre ella como: "nunca me dejes" o "vete lejos de mí"		
67. Cuando las cosas van a tener resultados dolorosos para mí, soy flexible en cambiar mi conducta para lograr éxito.		
68. Creo sólo en cosas que pueden ser probadas científica y lógicamente		
69. Cuando algo me beneficia soy capaz de mentir y simular		
70. Me cuesta mucho sentir entusiasmo por algo.		

ANEXO 3

ESTRUCTURA FACTORIAL DEL SIRI – ESTUDIO PILOTO

Matriz de Componentes Rotados

	Componentes	
	1	2
SIRI1	,600	9,548E-03
SIRI2	,547	,262
SIRI3	,117	,499
SIRI4	-,246	,396
SIRI5	,305	,552
SIRI6	,132	,281
SIRI7	7,650E-02	,547
SIRI8	,588	,184
SIRI9	,292	,364
SIRI10	-,164	,445
SIRI11	,310	,191
SIRI12	,481	,274
SIRI13	,444	,287
SIRI14	,254	,311
SIRI15	,424	,102
SIRI16	,461	,356
SIRI17	,605	-1,742E-02
SIRI18	,101	,394
SIRI19	-7,306E-02	,352
SIRI20	,662	,128
SIRI21	,440	,303
SIRI22	,364	2,787E-02
SIRI23	-2,188E-02	,462
SIRI24	,151	,359
SIRI25	,225	,251
SIRI26	8,324E-02	,437
SIRI27	,177	,236
SIRI28	,523	,241
SIRI29	,586	,374
SIRI30	,496	,292
SIRI31	,404	,452
SIRI32	2,998E-02	,464
SIRI33	,538	,371
SIRI34	,397	,267
SIRI35	,380	6,741E-02
SIRI36	,446	-,161
SIRI37	,510	5,554E-02
SIRI38	,526	-,264
SIRI39	,348	,266
SIRI40	,382	-,201
SIRI41	,358	-,124
SIRI42	,394	-8,328E-02

SIRI43	,207	9,732E-02
SIRI44	,516	,228
SIRI45	,213	,261
SIRI46	-,170	,480
SIRI47	-,146	,469
SIRI48	,129	,204
SIRI49	,471	,214
SIRI50	-,235	,116
SIRI51	,266	,151
SIRI52	,131	,242
SIRI53	1,831E-02	,427
SIRI54	8,881E-02	,465
SIRI55	,131	,131
SIRI56	,595	-3,339E-02
SIRI57	,240	5,528E-02
SIRI58	,289	,219
SIRI59	5,267E-02	,279
SIRI60	-,145	,462
SIRI61	-,200	,273
SIRI62	,509	1,417E-02
SIRI63	,440	5,991E-02
SIRI64	,367	,124
SIRI65	,558	-5,391E-02
SIRI66	,493	-3,499E-03
SIRI67	,110	,218
SIRI68	,415	6,155E-02
SIRI69	,472	-3,748E-03
SIRI70	,617	3,445E-03

Método de extracción: Análisis de Componentes Principales.
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.
[a] La Rotación ha convergido en 3 iterations.

ANEXO 4

LISTA DE CHEQUEO DE SÍNTOMAS DE LOS ÁNGELES (LASC)

Instrucciones:

Le voy a leer la siguiente lista de problemas que usted podría estar sintiendo. Califique cada problema en una escala de 0 a 4, según la seriedad de cada problema para Ud., donde "0" representa "menos seriedad" y "4" representa "más seriedad" del problema.

PROBLEMAS	0	1	2	3	4
1. Dificultad para dormir					
2. Tomar demasiado alcohol					
3. Fuertes dolores de cabeza					
4. Inquietud					
5. Pesadillas					
6. Dificultades personales para encontrar trabajo.					
7. Dificultades personales para mantener el trabajo.					
8. Se enoja fácilmente					
9. Se disgusta con todo					
10. Ha perdido el conocimiento					
11. Estar mal del estómago					
12. Tiene problemas para manejar					
13. Está descontento/a con su trabajo sin poderlo dejar					
14. Problemas médicos o psicológicos					
15. Hostilidad / violencia					
16. Problemas en el matrimonio					
17. Se cansa fácilmente					
18. Abuso de drogas					
19. Dificultad de mostrar sus recuerdos, sentimientos					
20. Siente tensión y nerviosismo					
21. No tiene ánimo de divertirse					
22. Piensa en el suicidio					
23. Fuertes recuerdos de cosas desagradables que le han pasado.					
24. Comer demasiado					
25. Dificultades para concentrarse					
26. Sentirse mareado(a) / desmayarse					
27. Problemas sexuales					

28. Despertarse durante la noche					
29. Dificultades con la memoria					
30. Demasiado consciente de sí mismo					
31. Depresión (triste)					
32. Dificultades para tener y mantener amigos del mismo sexo					
33. Dificultades para tener y mantener amigos del sexo opuesto.					
34. Se siente asustado/a					
35. Insomnio					
36. Ha perdido apetito y peso					
37. Palpitaciones en el corazón					
38. Ataque de ansiedad					
39. Problemas con la autoridad					
40. Evita actividades que le traen de malas experiencias					
41. Dificultades para confiar en los demás					
42. Pérdida de interés en las actividades ordinarias					
43. Siente que sus emociones están adormecidas					

ANEXO 5

ESCALA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS - EDCEE

Instrucciones:

A continuación se presenta una lista en la cual se incluyen diversas maneras en que usted podría haberse sentido o comportado. Por favor señale en la hoja de respuestas cuán frecuentemente usted se ha sentido o comportado de estas maneras durante la semana pasada.

A: Raramente o nunca (menos de un día)

B: Algunas veces o pocas veces (de uno a dos días

C: Ocasionalmente o moderadamente (de tres a cuatro días)

D: La mayor parte del tiempo (de cinco ó más días)

Durante la semana pasada:

1. Estuve molesto/a por cosas que usualmente no me molestan	A___B___C___D___
2.No me provocó comer. Tuve poco apetito.	A___B___C___D___
3. Sentí que no podía liberarme de mi tristeza, a pesar de la ayuda de mi familia y de mis amigos.	A___B___C___D___
4. Sentí que fui exactamente tan bueno/a como las demás personas.	A___B___C___D___
5. Tuve problemas en mantener mi atención en lo que estaba haciendo.	A___B___C___D___

6. Me sentí deprimido	A___B___C___D___
7. Sentí que cualquier cosa que hacía era un esfuerzo.	A___B___C___D___
8. Me sentí desesperanzado con respecto a mi futuro.	A___B___C___D___
9. Pensé que mi vida ha sido un fracaso.	A___B___C___D___
10. Me sentí temeroso	A___B___C___D___
11. Mi sueño	A___B___C___D___
12. Me sentí feliz	A___B___C___D___
13. Hablé menos de lo usual.	A___B___C___D___
14. Me sentí solo	A___B___C___D___
15. Las personas no fueron amistosas.	A___B___C___D___
16. Disfrute la vida	A___B___C___D___
17. Estuve llorando a ratos.	A___B___C___D___
18. Me sentí triste.	A___B___C___D___
19. Sentí que no le gustaba a los demás	A___B___C___D___
20. Sentí que no podía seguir luchando.	A___B___C___D___

ANEXO 6

ESCALA DE LOCUS DE CONTROL

INSTRUCCIONES: Debajo hay una lista de afirmaciones. Usted debe indicar en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Hay seis respuestas posibles.

Completamente en desacuerdo (1)
Bastante en desacuerdo (2)
Ligeramente en desacuerdo (3)
Ligeramente de acuerdo (4)
Bastante de acuerdo (5)
Completamente de acuerdo (6)

Especifique su respuesta haciendo un círculo alrededor del número que mejor exprese su opinión. **CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS**. Gracias.

1. El que yo llegue a ser un/una líder depende principalmente de mis aptitudes	1	2	3	4	5	6
2. Mi vida ha sido influenciada en gran medida por sucesos inesperados.	1	2	3	4	5	6
3. Yo siento que lo que pasa en mi vida está muy determinada por la gente que tiene poder (ricos, políticos..)	1	2	3	4	5	6
4. El hecho de tener un accidente cuando voy manejando depende principalmente de mi mismo/a.	1	2	3	4	5	6
5. Cuando hago planes, estoy casi seguro de que los llevaré a cabo	1	2	3	4	5	6
6. Ciertamente, a veces no puedo evitar tener mal suerte en mis asuntos personales	1	2	3	4	5	6
7. Como yo soy sortario/a siempre las cosas me salen bien	1	2	3	4	5	6

8. A pesar de estar bien capacitado/a, no conseguiré un buen empleo a menos que alguien me "palanquee"	1	2	3	4	5	6
9. La cantidad de amigos que yo tengo depende de lo agradable que yo soy	1	2	3	4	5	6
10. He descubierto que si algo va a sucede, ello sucederá independientemente de lo que yo haga	1	2	3	4	5	6
11. Yo creo que los ricos y los políticos controlan mi vida de muchísimas maneras diferentes	1	2	3	4	5	6
12. Si tengo un accidente automovilístico ello se debe a mi mala suerte	1	2	3	4	5	6
13. La gente como yo tiene muy poca oportunidad de defender sus intereses personales cuando esos intereses entran en conflicto con los de grupos poderosos (ricos, políticos)	1	2	3	4	5	6
14. No siempre es apropiado para mí planear muy por adelantado porque de todas maneras muchas cosas resultan ser asunto de buena o mala suerte	1	2	3	4	5	6
15. En este país para lograr lo que uno quiere necesariamente tiene que "jalar mecate"	1	2	3	4	5	6
16. El que yo llegue a ser un líder depende de la suerte que yo tenga	1	2	3	4	5	6
17. Yo siento que la gente que tiene algún poder sobre mí (padres, familiares, cónyuge, jefes, etc.,) trata de decidir lo que sucederá en mi vida	1	2	3	4	5	6
18. En la mayoría de los casos yo puedo decidir lo que sucederá en mi vida	1	2	3	4	5	6
19. Normalmente soy capaz de defender mis intereses personales	1	2	3	4	5	6
20. Si tengo un accidente cuando voy manejando toda la culpa es del otro conductor	1	2	3	4	5	6
21. Cuando logro lo que quiero es porque he trabajado mucho en ello	1	2	3	4	5	6
22. Cuando yo quiero que mis planes me salgan bien los elaboro de tal manera como para complacer a la gente que tiene influencia sobre mí (padres, cónyuge, jefes)	1	2	3	4	5	6
23. Mi vida esta determinada por mis propias acciones	1	2	3	4	5	6
24. Tener pocos o muchos amigos depende del destino de cada uno	1	2	3	4	5	6

ANEXO 7

ENCUESTA DE DATOS PERSONALES

A continuación se le presenta un grupo de instrumentos con fines de investigación en el área de la Psicología Clínica. Toda la información que en ellos aportes será estrictamente confidencial y sólo será utilizada con fines de investigación.

Instrucciones: Lea cuidadosamente las instrucciones que se dan en cada una de las siguientes pruebas. En el momento de la aplicación el profesional que le atienda le aclarará las dudas que se le puedan presentar al leer las instrucciones de cada instrumento. En ningún caso hay respuestas correctas o incorrectas, lo que interesa es que sea sincero al responder los ítems. Trabaje en forma individual. **POR FAVOR NO DEJES DE CONTESTAR NINGUNO DE LOS ÍTEMS.**

DATOS PERSONALES:

Nombre y Apellido: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____

Dirección: _____

Telef. _____ Actividad Laboral: _____

Lugar del Trabajo: _____

Nivel de instrucción: _____

Evento traumático: _____

Momento de aparición de los síntomas: _____

Salud física actual: _____

Bajo prescripción médica: SI____ NO _____

Apoyo social: Mucho ____ Medianamente _____ Poco _____ Ninguno _____

Pérdidas significativas recientes: SI ___ NO ___ Otro(s) eventos traumáticos anteriores en su vida: _____

Problemas legales: SI _____ NO _____

ANEXO 8

ESCALA DE UNIDADES SUBJETIVAS DE PERTURBACIÓN - SUDS

Instrucciones:

"SUDS es una escala de cero a diez, donde cero es ninguna perturbación o neutral y diez es la perturbación más alta que usted puede imaginar, ¿cuánta perturbación siente Ud. ahora?"

Sin perturbación 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La mayor perturbación

ANEXO 9

ESCALA DE VALIDACIÓN DE LAS COGNICIONES (VOC)

Instrucciones:

Se le pide al o la cliente la elaboración de una cognición o creencia positiva sobre la situación o incidente que le perturba con las siguientes palabras, para ello se utiliza las instrucciones elaboradas por Shapiro (1995) para la Fase de Evaluación de la terapia EMDR: ["Cuando trae a la memoria esta imagen del incidente perturbante, ¿qué quisiera o que preferiría creer sobre si mismo/a AHORA"]; seguidamente se le dice al o la cliente: ["Cuando Ud. recuerda esa imagen y el incidente, ¿cuán verdaderas SE SIENTEN esas palabras"] ... el/la terapeuta repite la cognición positiva ... ["... en una escala de 1 a 7, donde 1 SE SIENTE completamente falso y el número 7 SE SIENTE completamente verdadero?"]

Completamente Falso	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Completamente Verdadero**

ANEXO 10

Escala de Experiencias Disociativas - EED

Nombre: _____ Fecha: _____

Este cuestionario consiste en 28 pregunta acerca de experiencias que usted pudo haber tenido en su vida diaria. Estamos interesados en la frecuencia en que usted las tuvo. Sin embargo, es importante que sus respuestas muestren cuán seguido le pasan cuando usted no está bajo la influencia de alcohol o drogas.

Para responder a las preguntas, por favor, determine hasta qué porcentaje puede atribuirse a si mismo/a la experiencia que se describe, marcando en números el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted en el continuo de la línea.

1. Algunas personas tienen la experiencia de ir manejando un auto repentinamente se dan cuenta que no se acuerdan qué pasó durante parte o todo el viaje.
   0%.....50%.....100%

Algunas personas encuentran que a veces están escuchando hablar a alguien y se dan cuenta que no escucharon parte o todo lo que se dijo.
0%.....50%.....100%

2. Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse en un lugar sin tener idea de cómo llegaron allí.
   0%.....50%.....100%

3. Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse vestidas con ropa que no recuerdan haberse puesto.
   0%.....50%.....100%

4. Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse cosas nuevas en sus pertenencias que no recuerdan haber comprado.
   0%.....50%.....100%

5. Algunas personas a veces encuentran que se les aproxima gente que los llama por otro nombre e insiste en que se conocieron antes.
   0%.....50%.....100%

6. Algunas personas tienen la experiencia de sentir como si estuvieran parados cerca de ellos mismos viéndose hacer algo como si miraran a otra persona.
   0%.....50%.....100%

7. Algunas personas dicen que en ocasiones no reconocen a miembros de su propia familia o amigos.
   0%.....50%.....100%

8. Algunas personas afirman no recordar importantes momentos de su vida (por ejemplo el día de su casamiento o el día de su graduación).
   0%.....50%.....100%

9. Algunas personas son acusadas de mentir cuando ellas no piensan que lo hicieron.
   0%.....50%.....100%

10. Algunas personas se miran al espejo y no se reconocen a sí mismas.
    0%.....50%.....100%

11. Algunas personas experimentan que el mundo que los rodea, objetos o personas no son reales.
    0%.....50%.....100%

12. Algunas personas tienen la experiencia de sentir que su cuerpo no les pertenece.
    0%.....50%.....100%

13. Algunas personas experimentan revivir un suceso del pasado tan vivamente como si estuviera pasando en ese mismo momento.
    0%.....50%.....100%

14. Algunas personas tienen la experiencia de no estar seguras de que cosas que creen recordar, pasaron realmente o sólo las soñaron.
    0%.....50%.....100%

15. Algunas personas experimentan que estando en un lugar que le es familiar lo encuentran extraño y poco familiar.
    0%.....50%.....100%

16. Algunas personas encuentran que cuando están mirando la televisión o en el cine quedan tan absortas en la trama que no se dan cuenta de otros eventos que pasan alrededor de ellas.
    0%.....50%.....100%

17. Algunas personas encuentran que quedan tan envueltas en sueños o fantasías que sienten como si realmente les estuvieran pasando a ellas.
    0%.....50%.....100%

18. Algunas personas encuentran que a veces pueden ignorar el dolor.
    0%.....50%.....100%

19. Algunas personas encuentran que están con la mirada perdida, pensando en nada, y no se dan cuenta del pasaje del tiempo.
    0%.....50%.....100%

20. Algunas personas experimentan que hablan solas en voz alta con ellas mismas.
    0%.....50%.....100%

21. Algunas personas encuentran que pueden actuar diferentemente frente a dos situaciones parecidas, tanto como si fueran dos personas distintas.
    0%.....50%.....100%

22. Algunas personas a veces encuentran que en ciertas situaciones son capaces de hacer cosas con diversión y espontaneidad (deportes, trabajo, situaciones sociales, etc.) que usualmente son difíciles para ellas.
    0%.....50%.....100%

23. Algunas personas a veces encuentran que no pueden recordar si hicieron algo o pensaron hacerlo (ej. No saber si mandaron la carta o pensaron en mandarla).
    0%.....50%.....100%

24. Algunas personas encuentran evidencia de haber hecho cosas que no recuerdan haberlas hecho.
    0%.....50%.....100%

25. Algunas personas encuentran escritos, dibujos o notas entre sus pertenencias que deben haber hecho pero no lo recuerdan.
    0%.....50%.....100%

26. Algunas personas escuchan voces dentro de su cabeza que les dicen de hacer cosas o comentarios de cosas que hicieron.
    0%.....50%.....100%

27. Algunas personas sienten como si vieran al mundo a través de una neblina de modo que la gente y las cosas aparecen lejos o poco claras.
    0%.....50%.....100%

ANEXO 11

CUESTIONARIO DE FIDELIDAD A LA TERAPIA EMDR

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de preguntas. Al escuchar las cintas de las sesiones, evalúe con un SI o un NO, si el/la terapeuta realizó la tarea requerida. Nótese que la fase de Seguimiento no podrá evaluarse en la primera sesión.

FASE DE LA HISTORIA:	SI	NO
1. ¿Identifica el/la terapeuta el tema a tratar?		
2. ¿Es el trauma un incidente aislado?		
3. ¿Es un recuerdo antiguo (al menos un mes), que ya no está presente?		
4. Provoca malestar ahora en el cliente?		
FASE DE PREPARACION:		
5. ¿Explica que se va a chequear lo que se está experimentando?		
6. ¿Explica al cliente que es su mente la que está haciendo el trabajo y la que tiene el control y que puede decidir parar en cualquier momento?		
7. ¿Explica que en esta terapia no hay un "deber ser"?		
8. ¿Le pide al cliente que le dé una retroalimentación lo más exacta posible de lo que está pasando sin prejuzgar si es adecuado o no?		
9. ¿Le explica al cliente la señal de "STOP"		
10. ¿Ayuda al cliente a establecer un "lugar seguro"?		
11.¿Prueba los movimientos oculares, toques o sonidos?		
12. ¿Pregunta al cliente si tiene dudas?		
13. ¿Contesta las dudas si las hay?		
FASE DE EVALUACIÓN:		
14. ¿Pide al cliente una imagen que represente la peor parte del incidente?		
15. ¿Es la imagen pasada?		
16. ¿Es la imagen negativa?		
17. ¿Ayuda al cliente a identificar la cognición o creencia negativa?		
18. ¿Es negativa?		
19. ¿Utiliza la palabra "ahora"?		
20. ¿Es la cognición negativa autoreferente?		
21. ¿Es la cognición negativa, presente?		
22. ¿Es falsa?		
23. ¿Es generalizable?		
25. ¿En caso de que el cliente no puede establecer la cognición negativa, lo ayuda con la lista de Cogniciones Negativas?		
26. ¿Ayuda al cliente a identificar la cognición positiva?		
27. ¿Utiliza la palabra "ahora"?		

28. ¿En caso de que el cliente no puede establecer la cognición negativa, lo ayuda con la lista de Cogniciones Positivas?		
29. ¿Es la cognición positiva autoreferente?		
30. ¿Es generalizable?		
31. ¿Es presente?		
32. ¿Es ecológica para el cliente?		
33. ¿Registra la cognición positiva?		
34. ¿Pregunta al cliente la validez de la cognición positiva utilizando las palabras "siente" y "ahora"?		
35. ¿Explica que esta escala va de 1 (completamente falso) a 7 (completamente verdadero)?		
36. ¿Registra la validez de la cognición positiva?		
37. ¿Pide la emoción que surge utilizando la palabra "ahora"?.		
38. ¿Registra la emoción?		
39. ¿Pide el valor de la escala SUDS, explicándole al cliente que ésta va de de 0 (sin perturbación o neutral) a 10 (la mayor perturbación?		
40. ¿Registra el valor de la Escala SUDS?		
41.¿Pide al cliente que localice cualquier sensación corporal?		
42. ¿Registra la sensación (sí la hay)?		
FASE DE DESENSIBILIZACIÓN:		
43. ¿Vincula la imagen, cognición negativa, emoción, sensación corporal antes de empezar la estimulación bilateral?		
44. ¿Aplica la estimulación bilateral?		
45. ¿Chequea el SUDS hasta que es 1 ó menos?		
46. ¿Sigue con la estimulación si el SUDS es mayor de 1?		
47. ¿Si es necesario, utiliza el "qué te impide que sea 1 ó 0"?		
48. ¿Sí el SUDS es mayor de 0, le pregunta al cliente sí es ecológico?		
49. ¿Sí es apropiado, utiliza el entretejido?		
50. ¿Identificó las creencias limitantes?		
51. ¿Es el valor de SUDS de 0 ó 1, antes de irse a la fase de inhibición?		
FASE DE INSTALACIÓN:		
52. ¿Pregunta al cliente si la cognición positiva aún es adecuada?		
53. ¿Relaciona la cognición positiva con el tema original?		
54. ¿Mide la validez de la cognición?		
55. ¿Si ésta es menor de 7, utiliza la estimulación bilateral?		
56. ¿Sí es menor de 7, chequea si es ecológica para el cliente?		
57. ¿Si es menor de 7, utiliza la frase "qué te impide que sea un 7"?		
58. ¿Utiliza la estimulación bilateral hasta alcanzar un puntaje de 6 ó 7 en la escala de VOC?		
FASE DE CHEQUEO CORPORAL:		
59. ¿Pide al cliente que busque en su cuerpo cualquier sensación corporal?		

60. ¿Sí hay incomodidad, reprocesa hasta que desaparece utilizando estimulación bilateral?		
61. ¿El malestar que produce dicha sensación en la escala SUDS es de 0 ó 1?		
FASE DE CIERRE:		
62. ¿Explica al cliente que puede haber reprocesamiento post-sesión?		
63. ¿Pide al cliente que lleve un registro de lo que suceda entre una sesión y otra?		
64. ¿Sí el SUDS es mayor de 1 al terminar la sesión, relaja al cliente?		
65. ¿Sí el SUDS es mayor de 1 al terminar la sesión, la cierra apropiadamente?		
FASE DE SEGUIMIENTO:		
66. ¿Pregunta al cliente por el diario o registro?		
67. ¿Revisa el diario con el cliente (sí éste lo llevó)?		
68. ¿Repasa el tema de la sesión pasada?		
69. ¿Al repasar el tema pasado, lo hace con su imagen correspondiente?		
70. ¿Al repasar el tema pasado, lo hace con su cognición negativa?		
71. ¿Al repasar el tema pasado, lo hace con su cognición positiva?		
72. ¿Al repasar el tema pasado, lo hace con el registro en la escala VOC?		
73. ¿Al repasar el tema pasado, lo hace con el registro en la escala SUDS		
74. ¿Al repasar el tema pasado, lo hace con las sensaciones corporales?		
75. ¿Chequea otros canales?		
76. ¿Pregunta por disparadores en el presente?		
77. ¿Pregunta por la proyección a futuro?		
78. ¿Si se quedó el registro en SUDS mayor que 1, fue ecológico?		
79. ¿Reprocesa (con estimulación bilateral), si el SUDS es mayor de 1?		

ANEXO 12

MODELO DE FICHA DE TRABAJO - EMDR

Instrucciones: A continuación aparecen indicadas brevemente las fases de intervención de la terapia EMDR. Como terapeuta registre en su cuaderno clínico la información detallada que el/la cliente le proporciona en cada sesión de trabajo y siga fielmente las indicaciones del Manual de Entrenamiento y Cínico de la terapia EMDR. Utilice la ficha como guía de registro.

Las marcas entrecomilladas [“ “] indican lo que Ud. como terapeuta debe decir. Las flechas [⇒] indican donde Ud. debe anotar en su cuaderno clínico lo que el/la cliente dice.

Nombre: _____ **Fecha:** _____

1. HISTORIA CLÍNICA DEL/LA CLIENTE: (Explorar los ítems del 1-14 de la pág. 9 del Manual. En este caso el ítem 15 referido a tendencias disociativas ha sido explorado previamente).

[“Qué tema o viejo recuerdo le gustaría trabajar hoy”?]. (Identifique disparadores de hoy)

⇒

2. PREPARACIÓN: (Páginas 13 al 16 del Manual)

- ☐ Informar sobre EMDR y preguntar el consentimiento del cliente
- ☐ Acordar la señal de PARE
- ☐ Probar los movimientos bilaterales
- ☐ Usar una metáfora
- ☐ Construir el lugar seguro

3. EVALUACIÓN: (Páginas 17 a 20 del Manual)

IMAGEN: [¿“Qué imagen representa la peor parte del incidente o evento perturbante?”]

⇒

COGNICIÓN NEGATIVA: [Cuando trae a la memoria esta imagen del incidente, ¿qué palabras expresan mejor su creencia negativa de si mismo ahora?"]

⇒

COGNICIÓN POSITIVA: [Cuando trae a la memoria esta imagen del incidente, perturbante, ¿qué quisiera creer de sí mismo ahora?"]

⇒

VOC (Validez de la Cognición): ["En este momento cuando Ud. trae a la memoria esta imagen y el incidente, cuán verdaderas siente las palabras... (el/la terapeuta repite la cognición positiva) en una escala del 1 al 7, donde el número 1 siente que estas palabras son completamente falsas y el número 7 las siente como completamente verdaderas?"]

⇒ completamente falso 1 2 3 4 5 6 7 completamente verdadero

EMOCIONES: [Cuando piensa usted en ese incidente, perturbante, y en las palabras..."] ... aquí el/la terapeuta repite la cognición negativa...["¿Qué emociones siente Ud. ahora?"]

⇒

SUDS: ["En una escala del 0 al 10, donde cero es ninguna perturbación o neutral y el número 10 es la perturbación más alta que Ud. pueda imaginar, cuánta perturbación siente ahora?"]

⇒ Sin perturbación 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La mayor perturbación

LOCALIZACIÓN DE LAS SENSACIONES CORPORALES: ["¿Dónde siente Ud. la perturbación en su cuerpo?"]

⇒

4. DESENSIBILIZACIÓN: (Páginas 21 y 22 del Manual. Si el cliente se traba, puede consultar las páginas del 29 al 32).

- En esta fase se vincula la imagen, la cognición negativa, emoción y sensación corporal y se aplica la estimulación bilateral.
- Se chequea SUDS. Esta escala debe estar en 0 ó 1 antes de pasar a la siguiente fase.

⇒ SUDS: Sin perturbación 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La mayor perturbación

5. INSTALACIÓN DE LA COGNICIÓN POSITIVA: (Página 23 del Manual)

- ["Las palabras....."] repetir la cognición positiva...["¿todavía son adecuadas.. o serían mejor cuáles...?"]
- ["Piense en el incidente original y esas las palabras.."]. Aplicar movimientos bilaterales.
- Medir VOC, debería ser 6 ó 7 antes de pasar a la siguiente fase....aplicar movimientos bilaterales si no es así:

⇒ completamente falso 1 2 3 4 5 6 7 completamente verdadero

6. CHEQUEO CORPORAL: (Página 24 del Manual)

["¿Dónde siente Ud. la perturbación en su cuerpo?"].

⇒

7. CIERRE: (Páginas 25 a 27 del Manual)

Explicar al cliente que puede haber procesamiento post-sesión. Pedir que lleve un registro de este procesamiento. El material nuevo será tema de la siguiente sesión. Cerrar la sesión según indica el Manual.

8. SEGUIMIENTO: (Página 28 del Manual).

En la siguiente sesión se hace un resumen de la última y se elige el tema a trabajar en esta sesión.

ANEXO 13

ANOVA DEL PRETEST-POSTEST DEL TEPT Y AJUSTE PARA TODOS LOS GRUPOS

Descriptivos

LASC	Condición	N	Media	Desviación	Error	95% Intervalo de confianza		Mínimo	Máximo
						L. Inferior	L. Superior		
TEPT Pretest	Con EMDR	48	50,94	8,596	1,241	48,44	53,43	32	68
	Sin EMDR	50	54,22	8,464	1,197	51,81	56,63	36	68
	Total	98	52,61	8,644	,873	50,88	54,35	32	68
Ajuste Pretest	Con EMDR	48	55,60	9,123	1,317	52,96	58,25	33	71
	Sin EMDR	50	59,48	10,990	1,554	56,36	62,60	39	84
	Total	98	57,58	10,253	1,036	55,53	59,64	33	84
TEPT Postest	Con EMDR	48	24,58	9,929	1,433	21,70	27,47	9	44
	Sin EMDR	50	53,46	9,744	1,378	50,69	56,23	30	70
	Total	98	39,32	17,500	1,768	35,81	42,82	9	70
Ajuste Postest	Con EMDR	48	30,21	11,845	1,710	26,77	33,65	10	58
	Sin EMDR	50	63,26	12,320	1,742	59,76	66,76	38	88
	Total	98	47,07	20,505	2,071	42,96	51,18	10	88

Test de Homogeneidad de Varianzas

	Test de Levene	gl1	gl2	Sig.
TEPT Pretest	0,043	1	96	,837
Ajuste Pretest	2,287	1	96	,134
TEPT Postest	0,038	1	96	,846
Ajuste Postest	0,350	1	96	,556

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
TEPT Pretest	Inter-grupos	263,873	1	263,873	3,627	0,060
	Intra-grupos	6983,393	96	72,744		
	Total	7247,265	97			
Ajuste Pretest	Inter-grupos	367,888	1	367,888	3,593	0,061
	Intra-grupos	9829,959	96	102,395		
	Total	10197,847	97			
TEPT Postest	Inter-grupos	20421,107	1	20421,107	211,114	0,000
	Intra-grupos	9286,087	96	96,730		
	Total	29707,194	97			
Ajuste Postest	Inter-grupos	26752,963	1	26752,963	183,037	0,000
	Intra-grupos	14031,537	96	146,162		
	Total	40784,500	97			

ANEXO 14

T DE STUDENT: PRETEST-POSTEST DE LA LASC (TEPT Y AJUSTE) ENTRE EL GRUPO DE CÁNCER (CON EMDR) Y GRUPO CONTROL ESCUCHA PASIVA

Estadística de los grupos

	Condición-Tratamiento	N	Media	Desviación	Error típico de media
TEPT Pretest	Cáncer con EMDR	24	50,54	9,551	1,950
	Escucha Pasiva	25	52,40	8,869	1,774
Ajuste Pretest	Cáncer con EMDR	24	54,42	9,934	2,028
	Escucha Pasiva	25	59,12	11,341	2,268
TEPT Postest	Cáncer con EMDR	24	28,13	10,498	2,143
	Escucha Pasiva	25	49,64	10,618	2,124
Ajuste Postest	Cáncer con EMDR	24	34,17	10,857	2,216
	Escucha Pasiva	25	61,24	11,977	2,395

Prueba de muestra independientes

		Test de Levene para igualdad de varianza		Prueba T para igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error estándar de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia. Inferior	Superior
TEPT Pretest	Igualdad de varianza asumida	0,030	0,864	-0,706	47	,484	-1,86	2,632	-7,153	3,436
	Igualdad de varianza no asumida			-0,705	46,382	0,484	-1,86	2,636	-7,163	3,446
Ajuste Pretest	Igualdad de varianza asumida	0,693	0,409	-1,542	47	0,130	-4,70	3,051	-10,841	1,434
	Igualdad de varianza no asumida			-1,546	46,620	0,129	-4,70	3,042	-10,825	1,419
TEPT Postest	Igualdad de varianza asumida	0,332	0,567	-7,130	47	0,000	-21,52	3,018	-27,586	-15,444
	Igualdad de varianza no asumida			-7,132	46,957	0,000	-21,52	3,017	-27,584	-15,446
Ajuste Postest	Igualdad de varianza asumida	0,499	0,483	-8,279	47	0,000	-27,07	3,270	-33,652	-20,495
	Igualdad de varianza no asumida			-8,296	46,852	0,000	-27,07	3,263	-33,639	-20,508

ANEXO 15

T DE STUDENT: PRETEST-POSTEST DE LA LASC (TEPT Y AJUSTE) ENTRE EL GRUPO DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER (CON EMDR) Y GRUPO CONTROL LISTA DE ESPERA

Estadística de los grupos

	Condición-Tratamiento	N	Media	Desviación	Error típico de media
TEPT Pretest	Cáncer con EMDR	24	50,54	9,551	1,950
	Lista de Espera	25	56,04	7,791	1,558
Ajuste Pretest	Cáncer con EMDR	24	54,42	9,934	2,028
	Lista de Espera	25	59,84	10,850	2,170
TEPT Postest	Cáncer con EMDR	24	28,13	10,498	2,143
	Lista de Espera	25	57,28	7,121	1,424
Ajuste Postest	Cáncer EMDR	24	34,17	10,857	2,216
	Lista de Espera	25	65,28	12,568	2,514

Prueba de muestra independientes

		Test de Levene para igualdad de varianza		Prueba T para igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error standard de la diferencia	95% Intervalo de confianza de la diferencia. Inferior	Superior
TEPT Pretest	Igualdad de varianza asumida	0,923	0,342	-2,212	47	0,032	-5,50	2,485	-10,498	-0,498
	Igualdad de varianza no asumida			-2,203	44,407	0,033	-5,50	2,496	-10,527	-0,470
Ajuste Pretest	Igualdad de varianza asumida	0,174	0,679	-1,823	47	0,075	-5,42	2,975	-11,409	0,563
	Igualdad de varianza no asumida			-1,826	46,899	0,074	-5,42	2,970	-11,399	0,552
TEPT Postest	Igualdad de varianza asumida	7,609	0,008	-11,419	47	0,000	-29,16	2,553	-34,291	-24,019
	Igualdad de varianza no asumida			-11,331	40,277	,000	-29,16	2,573	-34,354	-23,956
Ajuste Postest	Igualdad de varianza asumida	1,144	0,290	-9,256	47	0,000	-31,11	3,361	-37,875	-24,351
	Igualdad de varianza no asumida			-9,284	46,497	,000	-31,11	3,351	-37,857	-24,370

ANEXO 16

T DE STUDENT: COMPARACIÓN PRETEST-POSTEST DE LA LASC (TEPT Y AJUSTE) PARA CADA GRUPO INDIVIDUAL

		Diferencias Apareadas						
Grupo	**Dimensión de LASC**	**N**	**Media**	**Desviación**	**Error típico**	**gl**	**T**	**Sig.**
Diagnóstico de cáncer con EMDR	TEPT Pretest-Postest	24	50.54 28.13	9.55 10.50	1.95 2.14	23	12.81	0.000
	Ajuste Pretest-Postest	24	54.42 34.17	9.93 10.86	2.02 2.21	23	9.70	0.000
Violencia/ Accidentes con EMDR	TEPT Pretest-Postest	24	51.33 21.04	7.71 8.07	1.57 1.65	23	15.89	0.000
	Ajuste Pretest-Postest	24	56.79 26.25	8.27 11.67	1.69 2.38	23	10.49	0.000
Control Escucha Pasiva	TEPT Pretest-Postest	25	52.40 49.64	8.87 10.62	1.77 2.12	24	1.77	0.090
	Ajuste Pretest-Postest	25	59.12 61.24	11.34 11.98	2.27 2.39	24	-1.70	0.102
Control Lista de Espera	TEPT Pretest-Postest	25	56.04 57.28	7.79 7.12	1.56 1.42	24	-0.87	0.391
	Ajuste Pretest-Postest	25	59.84 65.28	10.85 12.57	2.17 2.51	24	-6.38	0.000

ANEXO 17

T DE STUDENT: PRETEST-POSTEST DE LA LASC (TEPT Y AJUSTE) ENTRE EL GRUPO VÍCTIMA DE VIOLENCIA/ACCIDENTE (CON EMDR) Y GRUPO CONTROL ESCUCHA PASIVA

Estadística de los Grupos

	Condición-Tratamiento	N	Media	Desviación	Error típico de media
TEPT Pretest	Violencia/accidente con EMDR	24	51,33	7,710	1,574
	Escucha Pasiva	25	52,40	8,869	1,774
Ajuste Pretest	Violencia/accidente con EMDR	24	56,79	8,272	1,689
	Escucha Pasiva	25	59,12	11,341	2,268
TEPT Postest	Violencia/accidente con EMDR	24	21,04	8,068	1,647
	Escucha Pasiva	25	49,64	10,618	2,124
Ajuste Postest	Violencia/accidente con EMDR	24	26,25	11,667	2,381
	Escucha Pasiva	25	61,24	11,977	2,395

Test para muestras independientes

		Test de Levene para igualdad de varianza		Prueba T para igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de media	Error standard de la diferencia	95% Intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
TEPT Pretest	Igualdad de varianza asumida	0,970	0,330	-0,448	47	0,656	-1,07	2,378	-5,851	3,718
	Igualdad de varianza no asumida			-0,450	46,555	0,655	-1,07	2,371	-5,839	3,705
Ajuste Pretest	Igualdad de varianza asumida	3,304	0,075	-0,818	47	0,417	-2,33	2,846	-8,053	3,397
	Igualdad de varianza no asumida			-0,823	43,904	0,415	-2,33	2,828	-8,028	3,371
TEPT Postest	Igualdad de varianza asumida	0,868	0,356	-10,583	47	0,000	-28,60	2,702	-34,035	-23,162
	Igualdad de varianza no asumida			-10,642	44,683	0,000	-28,60	2,687	-34,012	-23,185
Ajuste Postest	Igualdad de varianza asumida	0,133	0,717	-10,353	47	0,000	-34,99	3,380	-41,789	-28,191
	Igualdad de varianza no asumida			-10,359	46,989	0,000	-34,99	3,378	-41,785	-28,195

ANEXO 18

T DE STUDENT: PRETEST-POSTEST DE LA LASC (TEPT Y AJUSTE) ENTRE EL GRUPO VÍCTIMA DE VIOLENCIA/ACCIDENTE (CON EMDR) Y GRUPO CONTROL LISTA DE ESPERA

Estadística de los grupos

	Condición-Tratamiento	N	Media	Desviación	Error típico de media
TEPT Pretest	Violencia/accidente con EMDR	24	51,33	7,710	1,574
	Lista de Espera	25	56,04	7,791	1,558
Ajuste Pretest	Violencia/accidente con EMDR	24	56,79	8,272	1,689
	Lista de Espera	25	59,84	10,850	2,170
TEPT Postest	Violencia/accidente con EMDR	24	21,04	8,068	1,647
	Lista de Espera	25	57,28	7,121	1,424
Ajuste Postest	Violencia/accidente con EMDR	24	26,25	11,667	2,381
	Lista de Espera	25	65,28	12,568	2,514

Test para muestras independientes

		Test de Levene para igualdad de varianza		Prueba T para igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de media	Error standard de la diferencia	95% Intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
TEPT Pretest	Igualdad de varianza asumida	0,018	0,894	-2,125	47	0,039	-4,71	2,215	-9,163	-0,250
	Igualdad de varianza no asumida			-2,125	46,954	0,039	-4,71	2,215	-9,162	-0,251
Ajuste Pretest	Igualdad de varianza asumida	1,842	0,181	-1,103	47	0,276	-3,05	2,765	-8,610	2,514
	Igualdad de varianza no asumida			-1,109	44,745	0,274	-3,05	2,750	-8,587	2,491
TEPT Postest	Igualdad de varianza asumida	0,924	0,341	-16,687	47	0,000	-36,24	2,172	-40,607	-31,870
	Igualdad de varianza no asumida			-16,644	45,747	0,000	-36,24	2,177	-40,622	-31,855
Ajuste Postest	Igualdad de varianza asumida	0,510	0,479	-11,254	47	0,000	-39,03	3,468	-46,007	-32,053
	Igualdad de varianza no asumida			-11,272	46,950	0,000	-39,03	3,463	-45,996	-32,064

ANEXO 19

T DE STUDENT: PRETEST-POSTEST DE LA LASC (TEPT Y AJUSTE) ENTRE LOS DOS GRUPOS CONTROL ESCUCHA PASIVA Y LISTA DE ESPERA

Estadística de los grupos

	Condición-Tratamiento	N	Media	Desviación	Error típico de media
TEPT Pretest	Escucha Pasiva	25	52,40	8,869	1,774
	Lista de Espera	25	56,04	7,791	1,558
Ajuste Pretest	Escucha Pasiva	25	59,12	11,341	2,268
	Lista de Espera	25	59,84	10,850	2,170
TEPT Postest	Escucha Pasiva	25	49,64	10,618	2,124
	Lista de Espera	25	57,28	7,121	1,424
Ajuste Postest	Escucha Pasiva	25	61,24	11,977	2,395
	Lista de Espera	25	65,28	12,568	2,514

Test para muestras independientes

		Test de Levene para igualdad de varianza		Prueba T para igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de media	Error standard de la diferencia	95% Intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
TEPT Pretest	Igualdad de varianza asumida	0,762	0,387	-1,542	48	0,130	-3,64	2,361	-8,387	1,107
	gualdad de varianza no asumida			-1,542	47,216	0,130	-3,64	2,361	-8,389	1,109
Ajuste Pretest	Igualdad de varianza asumida	0,155	0,696	-0,229	48	0,820	-0,72	3,139	-7,031	5,591
	Igualdad de varianza no asumida			-0,229	47,906	0,820	-0,72	3,139	-7,032	5,592
TEPT Postest	Igualdad de varianza asumida	2,859	0,097	-2,988	48	0,004	-7,64	2,557	-12,781	-2,499
	Igualdad de varianza no asumida			-2,988	41,957	0,005	-7,64	2,557	-12,800	-2,480
Ajuste Postest	Igualdad de varianza asumida	0,134	0,716	-1,164	48	0,250	-4,04	3,472	-11,021	2,941
	gualdad de varianza no asumida			-1,164	47,889	0,250	-4,04	3,472	-11,022	2,942

ANEXO 20

ANOVA: PRETEST-POSTEST DE LA LASC (TEPT Y AJUSTE) EN RELACIÓN CON LOS TIPOS DE REACCIÓN AL ESTRÉS (SALUDABLE Y NO SALUDABLE) EN LOS GRUPOS CON EMDR

DESCRIPTIVOS

		N	Media	Desviación	Error típico	Intervalo de Confianza al 95%		Mínimo	Máximo
						L. Inferior	L. Superior		
TEPT Pretest	Tipo Saludable	26	47,00	7,255	1,423	44,07	49,93	32	58
	Tipo No Saludable	22	55,59	7,799	1,663	52,13	59,05	38	68
	Total	48	50,94	8,596	1,241	48,44	53,43	32	68
Ajuste Pretest	Tipo Saludable	26	52,62	9,135	1,791	48,93	56,31	33	71
	Tipo No Saludable	22	59,14	7,924	1,689	55,62	62,65	40	71
	Total	48	55,60	9,123	1,317	52,96	58,25	33	71
TEPT Postest	Tipo Saludable	26	17,15	5,205	1,021	15,05	19,26	9	26
	Tipo No Saludable	22	33,36	6,268	1,336	30,58	36,14	22	44
	Total	48	24,58	9,929	1,433	21,70	27,47	9	44
Ajuste Postest	Tipo Saludable	26	22,46	7,146	1,401	19,58	25,35	10	35
	Tipo No Saludable	22	39,36	9,545	2,035	35,13	43,60	22	58
	Total	48	30,21	11,845	1,710	26,77	33,65	10	58

Test de Homogeneidad de Varianzas

	Test de Levene	gl1	gl2	Sig.
TEPT Pretest	0,009	1	46	0,923
Ajuste Pretest	0,550	1	46	0,462
TEPT Postest	0,788	1	46	0,379
Ajuste Postest	3,326	1	46	0,075

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
TEPT Pretest	Inter-grupos	879,494	1	879,494	15,600	0,000
	Intra-grupos	2593,318	46	56,376		
	Total	3472,813	47			
Ajuste Pretest	Inter-grupos	506,734	1	506,734	6,846	0,012
	Intra-grupos	3404,745	46	74,016		
	Total	3911,479	47			
TEPT Postest	Inter-grupos	3131,191	1	3131,191	95,865	0,000
	Intra-grupos	1502,476	46	32,663		
	Total	4633,667	47			
Ajuste Postest	Inter-grupos	3404,364	1	3404,364	49,098	0,000
	Intra-grupos	3189,552	46	69,338		
	Total	6593,917	47			

ANEXO 21

ANOVA: PRETEST-POSTEST DE LA LASC (TEPT Y AJUSTE) EN RELACIÓN CON LA SITUACIÓN GENERADORA DE ESTRÉS EN LOS GRUPOS CON EMDR

DESCRIPTIVOS

		N	Media	Desviación	Error típico	Intervalo de Confianza al 95%		Minimum	Maximum
						L. Inferior	L. Superior		
TEPT Pretest	Cáncer	24	50,54	9,551	1,950	46,51	54,57	32	68
	Violencia/ accidentes	24	51,33	7,710	1,574	48,08	54,59	36	67
	Total	48	50,94	8,596	1,241	48,44	53,43	32	68
Ajuste Pretest	Cáncer	24	54,42	9,934	2,028	50,22	58,61	33	69
	Violencia/ accidentes	24	56,79	8,272	1,689	53,30	60,28	42	71
	Total	48	55,60	9,123	1,317	52,96	58,25	33	71
TEPT Postest	Cáncer	24	28,13	10,498	2,143	23,69	32,56	11	44
	Violencia/ accidentes	24	21,04	8,068	1,647	17,64	24,45	9	35
	Total	48	24,58	9,929	1,433	21,70	27,47	9	44
Ajuste Postest	Cáncer	24	34,17	10,857	2,216	29,58	38,75	10	58
	Violencia/ accidentes	24	26,25	11,667	2,381	21,32	31,18	12	53
	Total	48	30,21	11,845	1,710	26,77	33,65	10	58

Test de Homogeneidad de Varianzas

	Test de Levene	gl1	gl2	Sig.
TEPT Pretest	1,118	1	46	0,296
Ajuste Pretest	0,932	1	46	0,339
TEPT Postest	3,428	1	46	0,071
Ajuste Postest	0,098	1	46	0,756

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
TEPT Pretest	Inter-grupos	7,521	1	7,521	0,100	0,753
	Intra-grupos	3465,292	46	75,332		
	Total	3472,813	47			
Ajuste Pretest	Inter-grupos	67,688	1	67,688	0,810	0,373
	Intra-grupos	3843,792	46	83,561		
	Total	3911,479	47			
TEPT Postest	Inter-grupos	602,083	1	602,083	6,870	0,012
	Intra-grupos	4031,583	46	87,643		
	Total	4633,667	47			
Ajuste Postest	Inter-grupos	752,083	1	752,083	5,922	0,019
	Intra-grupos	5841,833	46	126,996		
	Total	6593,917	47			

ANEXO 22

ANOVA: PRETEST-POSTEST DE LA LASC (TEPT Y AJUSTE) EN RELACIÓN CON EL SEXO EN LOS GRUPOS CON EMDR

DESCRIPTIVOS

		N	Media	Desviación	Error típico	Intervalo de Confianza al 95%		Minimum	Maximum
						L. inferior	L. Superior		
TEPT Pretest	Masculino	19	51,68	9,499	2,179	47,11	56,26	32	67
	Femenino	29	50,45	8,087	1,502	47,37	53,52	37	68
	Total	48	50,94	8,596	1,241	48,44	53,43	32	68
Ajuste Pretest	Masculino	19	56,21	9,607	2,204	51,58	60,84	33	71
	Femenino	29	55,21	8,942	1,660	51,81	58,61	40	71
	Total	48	55,60	9,123	1,317	52,96	58,25	33	71
TEPT Postest	Masculino	19	28,42	8,834	2,027	24,16	32,68	13	43
	Femenino	29	22,07	9,939	1,846	18,29	25,85	9	44
	Total	48	24,58	9,929	1,433	21,70	27,47	9	44
Ajuste Postest	Masculino	19	33,63	11,398	2,615	28,14	39,13	18	58
	Femenino	29	27,97	11,782	2,188	23,48	32,45	10	53
	Total	48	30,21	11,845	1,710	26,77	33,65	10	58

Test de Homogeneidad de Varianzas

	Test de Levene	gl1	gl2	Sig.
TEPT Pretest	0,123	1	46	0,727
Ajuste Pretest	0,001	1	46	0,975
TEPT Postest	0,132	1	46	0,718
Ajuste Postest	0,001	1	46	0,979

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
TEPT Pretest	Inter-grupos	17,535	1	17,535	0,233	0,631
	Intra-grupos	3455,278	46	75,115		
	Total	3472,813	47			
Ajuste Pretest	Inter-grupos	11,563	1	11,563	0,136	0,714
	Intra-grupos	3899,917	46	84,781		
	Total	3911,479	47			
TEPT Postest	Inter-grupos	463,173	1	463,173	5,109	0,029
	Intra-grupos	4170,494	46	90,663		
	Total	4633,667	47			
Ajuste Postest	Inter-grupos	368,530	1	368,530	2,723	0,106
	Intra-grupos	6225,387	46	135,334		
	Total	6593,917	47			

ANEXO 23

COEFICIENTES DE CORRELACIÓN ENTRE INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA EMDR (EN TEPT Y AJUSTE), TIPOS DE REACCIÓN AL ESTRÉS, SITUACIÓN GENERADORA, SEXO, DEPRESIÓN E INTERNALIDAD TOTAL EN LOS GRUPOS CON EMDR

DESCRIPTIVOS

	Media	Desviación	N
Indicador de Efectividad (IE) en TEPT	0,5184	0,16900	48
Indicador de Efectividad (IE) en Ajuste	0,4487	0,20336	48
Situación Generadora	1,50	0,505	48
Tipos-Reacción Estrés	1,46	0,504	48
Sexo	1,60	0,494	48
Depresión	36,58	8,814	48
Internalidad Total	18,4583	10,23804	48

CORRELACIONES

		IE en TEPT	IE en Ajuste	Situación Generadora	Tipos-Reacción Estrés	Sexo	Depresión	Internalidad Total
IE en TEPT	Correlación de Pearson	1	0,792	0,412	-0,692	0,303	-0,414	0,442
	Sig. (bilateral)	,	0,000	0,004	0,000	0,036	0,003	0,002
	N	48	48	48	48	48	48	48
IE en Ajuste	Correlación de Pearson	0,792	1	0,393	-0,551	0,196	-0,362	0,341
	Sig. (bilateral)	0,000	,	0,006	0,000	0,181	0,011	0,018
	N	48	48	48	48	48	48	48
Situación Generadora	Correlación de Pearson	0,412	0,393	1	-0,251	0,128	-0,062	-0,088
	Sig. (bilateral)	0,004	0,006	,	0,085	0,387	0,675	0,550
	N	48	48	48	48	48	48	48
Tipos-Reacción Estrés	Correlación de Pearson	-0,692	-0,551	-0,251	1	-0,110	0,739	-0,741
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,085	,	0,455	0,000	0,000
	N	48	48	48	48	48	48	48
Sexo	Correlación de Pearson	0,303	0,196	0,128	-0,110	1	0,264	0,114
	Sig. (bilateral)	0,036	0,181	0,387	0,455	,	0,070	0,439
	N	48	48	48	48	48	48	48
Depresión	Correlación de Pearson	-0,414	-0,362	-0,062	0,739	0,264	1	-0,482
	Sig. (bilateral)	0,003	0,011	0,675	0,000	0,070	,	0,001
	N	48	48	48	48	48	48	48
Internalidad Total	Correlación de Pearson	0,442	0,341	-0,088	-0,741	0,114	-0,482	1
	Sig. (bilateral)	0,002	0,018	0,550	0,000	0,439	0,001	,
	N	48	48	48	48	48	48	48

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

A N E X O 24

COEFICIENTES DE CORRELACIÓN PARCIAL ENTRE TIPOS DE REACCIÓN AL ESTRÉS, E INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA EMDR, CONTROLANDO DEPRESIÓN E INTERNALIDAD TOTAL, EN LOS GRUPOS CON EMDR

COEFICIENTES DE CORRELACIÓN PARCIAL CONTROLANDO DEPRESIÓN

	IE EN TEPT	IE EN AJUSTE	TIPO SALUDABLE/ NO SALUDABLE
IE EN TEPT	1,0000 (0) P= ,	0,7565 (45) P= 0,000	-0,6303 (45) P= 0,000
IE EN AJUSTE	0,7565 (45) P= 0,000	1,0000 (0) P= ,	-0,4511 (45) P= 0,001
TIPO SALUDABLE/ NO SALUDABLE	-0,6303 (45) P= 0,000	-0,4511 (45) P= 0,001	1,0000 (0) P= ,

COEFICIENTES DE CORRELACIÓN PARCIAL CONTROLANDO INTERNALIDAD TOTAL

	IE EN TEPT	IE EN AJUSTE	TIPO SALUDABLE/ NO SALUDABLE
IE EN TEPT	1,0000 (0) P= ,	0,7603 (45) P= 0,000	-0,6053 (45) P= 0,000
IE EN AJUSTE	0,7603 (45) P= 0,000	1,0000 (0) P= ,	-0,4730 (45) P= 0,001
TIPO SALUDABLE/ NO SALUDABLE	-0,6053 (45) P= 0,000	-0,4730 (45) P= 0,001	1,0000 (0) P= ,

(Coefficient / (D.F.) / 2-tailed Significance)
" , " is printed if a coefficient cannot be computed

ANEXO 25

COEFICIENTES DE CORRELACIÓN PARCIAL ENTRE SITUACIÓN GENERADORA DE ESTRÉS, E INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA EMDR, CONTROLANDO DEPRESIÓN E INTERNALIDAD, EN LOS GRUPOS CON EMDR

COEFICIENTES DE CORRELACIÓN PARCIAL CONTROLANDO DEPRESIÓN

	IE EN TEPT	IE EN AJUSTE	SITUACIÓN GENERADORA
IE EN TEPT	1,0000 (0) P= ,	0,7565 (45) P= 0,000	0,4250 (45) P= 0,003
IE EN AJUSTE	0,7565 (45) P= 0,000	1,0000 (0) P= ,	0,3982 (45) P= 0,006
SITUACIÓN GENERADORA	0,4250 (45) P= 0,003	0,3982 (45) P= 0,006	1,0000 (0) P= ,

COEFICIENTES DE CORRELACIÓN PARCIAL CONTROLANDO INTERNALIDAD TOTAL

	IE EN TEPT	IE EN AJUSTE	SITUACIÓN GENERADORA
IE EN TEPT	1,0000 (0) P= ,	0,7603 (45) P= 0,000	0,5048 (45) P= 0,000
IE EN AJUSTE	0,7603 (45) P= 0,000	1,0000 (0) P= ,	0,4517 (45) P= 0,001
SITUACIÓN GENERADORA	0,5048 (45) P= 0,000	0,4517 (45) P= 0,001	1,0000 (0) P= ,

(Coefficient / (D.F.) / 2-tailed Significance)

" , " is printed if a coefficient cannot be computed

ANEXO 26

COEFICIENTES DE CORRELACIÓN ENTRE SEXO E INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA EMDR, CONTROLANDO DEPRESIÓN E INTERNALIDAD, EN LOS GRUPOS CON EMDR

COEFICIENTES DE CORRELACIÓN PARCIAL CONTROLANDO DEPRESIÓN

	IE EN TEPT	IE EN AJUSTE	SEXO
IE EN TEPT	1,0000 (0) P= ,	0,7565 (45) P= 0,000	0,4692 (45) P= 0,001
IE EN AJUSTE	0,7565 (45) P= 0,000	1,0000 (0) P= ,	0,3247 (45) P= 0,026
SEXO	0,4692 (45) P= 0,001	0,3247 (45) P= 0,026	1,0000 (0) P= ,

COEFICIENTES DE CORRELACIÓN PARCIAL CONTROLANDO INTERNALIDAD TOTAL

	IE EN TEPT	IE EN AJUSTE	SEXO
IE EN TEPT	1,0000 (0) P= ,	0,7603 (45) P= 0,000	0,2830 (45) P= 0,054
IE EN AJUSTE	0,7603 (45) P= 0,000	1,0000 (0) P= ,	0,1684 (45) P= 0,258
SEXO	0,2830 (45) P= 0,054	0,1684 (45) P= 0,258	1,0000 (0) P= ,

(Coefficient / (D.F.) / 2-tailed Significance)

" , " is printed if a coefficient cannot be computed