

Teoría del procesamiento emocional y terapia de exposición prolongada para el trastorno por estrés postraumático

Rafael Kichic

*Doctor y Licenciado en Psicología
Clínica de Ansiedad y Trauma, Instituto de Neurología Cognitiva (INECO)
E-mail: rkichic@ineco.org.ar*

Noelí D'Alessio

*Clínica de Ansiedad y Trauma, Instituto de Neurología Cognitiva (INECO)
Universidad Favaloro*

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) y los problemas que suelen acompañarlo presentan múltiples desafíos a psicólogos y psiquiatras. En los últimos 25 años hemos sido testigos del desarrollo de tratamientos psicológicos altamente eficaces para el TEPT originado por diferentes tipos de traumas civiles o militares. Entre los tratamientos más eficaces se encuentran los tratamientos cognitivo-conductuales. Más específicamente, la terapia de exposición prolongada (EP) es la forma de terapia

cognitivo-conductual que mayor apoyatura empírica ha recibido acerca de su eficacia para una amplia variedad de traumas, erigiéndose como un tratamiento de primera línea para esta patología (1).

Los procedimientos terapéuticos incluidos en la terapia de EP derivan de una forma de conceptualizar la psicopatología de los trastornos de ansiedad. Por esta razón, en el presente artículo se comenzará con una breve explicación del modelo teórico que dio lugar a este

Resumen

La exposición prolongada es un tratamiento de primera línea para el trastorno por estrés postraumático. En este artículo discutimos los fundamentos teóricos y mecanismos subyacentes a la exposición prolongada, su eficacia, y seguridad. Se describen brevemente los procedimientos clínicos que forman parte del tratamiento de exposición prolongada con especial énfasis en la exposición imaginal. Además, se presentan ejemplos de los esfuerzos realizados para integrar tratamientos basados en evidencia que aborden en forma conjunta el trastorno por estrés postraumático y el trastorno límite de la personalidad, y se revisan los esfuerzos realizados para adaptar la intervención a hispano-parlantes. Finalmente, se discuten obstáculos para su diseminación e implementación.

Palabras clave: Procesamiento emocional - Exposición prolongada - Trastorno por estrés postraumático - Diseminación - Implementación.

EMOTIONAL PROCESSING THEORY AND PROLONGED EXPOSURE THERAPY FOR POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

Abstract

Prolonged exposure therapy is a first-line treatment for posttraumatic stress disorder. In this article we discuss the theoretical underpinnings and underlying mechanisms of PE, its efficacy and safety. We briefly describe the procedures involved in PE with special emphasis in imaginal exposure. Also, we present examples of efforts to integrate evidence-based treatments that concurrently target PTSD and borderline personality disorder. Next, we review efforts made to adapt the intervention to Hispanics. Finally, obstacles for disseminating and implementing PE are discussed.

Key words: Emotional processing - Prolonged exposure - PTSD - Dissemination, Implementation.

tratamiento, para luego abocarnos a resumir la evidencia que apoya su eficacia, su seguridad, una breve descripción de los procedimientos clínicos que lo componen, su integración con otros tratamientos basados en evidencia para pacientes con trastorno límite de la personalidad grave y estrés postraumático, y su adaptación cultural para población hispano-parlante. Finalmente, se mencionarán potenciales desafíos y obstáculos para su disseminación e implementación en nuestro medio.

Teoría del procesamiento emocional

La teoría del procesamiento emocional nació como una teoría para explicar la psicopatología y el tratamiento de los trastornos ansiosos y se propone integrar los avances en investigación experimental con posibles aplicaciones clínicas (2). Influenciados por la teoría asociativa del miedo de Lang (3), Foa y Kozak conciben el miedo como una estructura que contiene información acerca de situaciones y respuestas que conforman dicha estructura e información acerca de las respuestas verbales, conductuales y fisiológicas (2). Esta estructura del miedo es considerada un programa para escapar o evitar el peligro. Las estructuras del miedo correspondientes a los trastornos ansiosos se caracterizan por contener elementos de respuesta extremos (p. ej., activación autonómica, evitación) difíciles de modificar, por asociaciones entre estímulos que no representan en forma realista las relaciones con el mundo, y asociaciones entre estímulos no peligrosos y respuestas de evitación y escape (p. ej., una víctima de violación que asocia personas con determinada contextura física con la presencia de peligro, cuando en realidad evitar a esas personas no aumenta su seguridad). La persistencia de estas asociaciones disfuncionales entre los elementos de dicha estructura es el resultado del uso de estrategias cognitivas y conductuales de evitación, y sesgos cognitivos en el procesamiento de la información (4).

Aquellas personas que desarrollan dicha estructura asociativa se caracterizan por creencias disfuncionales acerca de la persistencia de la ansiedad a menos que escapen de la situación temida, sobreestiman la probabilidad de que la situación (p. ej., ser agredido nuevamente si sale de noche) o respuesta (p. ej., recordar el trauma) temida derive en un daño físico o psicológico (p. ej., quebrarse, perder el control al recordar el trauma), y anticipan consecuencias catastróficas (costo) si enfrentan dichas situaciones, a diferencia de lo que ocurre con personas que no desarrollaron un trastorno ansioso (2).

De este modo, los trastornos de ansiedad o trastornos relacionados contienen elementos en común, pero también asociaciones específicas que distinguen a cada trastorno entre sí. Por ejemplo, aquellos con un TEPT se caracterizan por un gran número de asociaciones disfuncionales entre la respuesta de defenderse infructuosamente del agresor (p. ej., intentos por escapar, luchar, disociar), y la interpretación de dicho resultado como una señal de vulnerabilidad e incompetencia absoluta en presencia de una amenaza (síntomas de autoreproche).

Desarrollos posteriores expandieron la teoría inicial de Foa & Kozak (2) y Foa, Steketee & Rothbaum (5) para explicar mejor por qué algunas personas se enferman y otras no después de un trauma, un subgrupo desarrolla síntomas crónicos, algunos responden mejor que otros al tratamiento, y finalmente integrar dentro del modelo la literatura existente sobre factores de riesgo para el TEPT (6, 7, 8). En este modelo se integran dos formas de representación mental: redes y esquemas (9). Este modelo multi-representacional permite explicar más acabadamente la transformación del significado luego de un trauma, la influencia de factores de riesgo previos y posteriores al trauma para el desarrollo de estas redes disfuncionales y la aparición de emociones basadas en cogniciones disfuncionales como la culpa (9).

Foa y Rothbaum sostienen que aquellos que desarrollan un TEPT se caracterizan por una visión extremadamente negativa acerca de sí mismo, sentimientos de autoreproche, y una percepción del mundo como un lugar extremadamente peligroso (7). Esta forma de pensar puede encontrarse influenciada por factores previos al trauma como experiencias traumáticas previas, la presencia de un trastorno depresivo mayor o bien de un trastorno ansioso. A su vez, después de ocurrido el trauma el desarrollo de interpretaciones negativas acerca de los propios síntomas postraumáticos (p. ej., recuerdos intrusivos interpretados como señal de peligro) pueden alimentar la idea de ser vulnerable, ser incapaz de lidiar con las consecuencias del trauma, así como las interpretaciones negativas de las reacciones del entorno pueden reforzar la desconfianza en los demás. De este modo, los recuerdos del trauma, los factores de riesgo para el TEPT, y las creencias negativas postraumáticas interactúan para reforzar estos esquemas negativos sobre sí mismo y el mundo. Asimismo, estas creencias negativas favorecen la evitación de recuerdos, lugares o personas dificultando la recuperación.

En consecuencia, un tratamiento para el TEPT debe focalizarse en los dos factores que mantienen los síntomas: la evitación cognitiva, emocional y conductual, y los esquemas negativos sobre sí mismo y el mundo (10). Para modificar la red de asociaciones disfuncionales y estos esquemas se considera que es necesaria: a) la activación de la estructura del miedo; b) la incorporación de información incompatible con los elementos patológicos de dicha estructura. Sin embargo, teorías del aprendizaje más recientes sobre la extinción y la reinstalación del miedo sugieren que las asociaciones disfuncionales no se eliminan o reemplazan por asociaciones nuevas, sino más bien que aquello que fue aprendido recientemente compite o inhibe las asociaciones patológicas (8, 11).

La exposición a situaciones temidas pero que no son peligrosas (por ej., leer una noticia de un trauma) permite cumplir con estas dos condiciones al activar la estructura del miedo y favorecer la incorporación de información que contradice las expectativas catastróficas de la persona. La disminución del miedo durante y entre sesiones (habitación), medida a través de informes subjetivos, indicadores fisiológicos o bien expresiones faciales, indi-

caría un cambio en estas estructuras de significado, es decir, la incorporación de información incompatible con las expectativas catastróficas.

El procedimiento clínico principal en la terapia de EP es la exposición imaginal. Según Foa y Rothbaum (7) existen diferentes mecanismos por los cuales la exposición imaginal promueve la recuperación del paciente con TEPT. En primer lugar, cuando la persona revisa los recuerdos del trauma en forma repetida y prolongada, se promueve la habituación, permitiendo que incorpore información incompatible con sus expectativas al experimentar que la ansiedad tiene una intensidad y duración limitada, y que recordar no representa peligro alguno. En segundo lugar, la exposición imaginal boquea el reforzamiento negativo que ocurre como consecuencia de evitar pensamientos y emociones asociados al trauma. En tercer lugar, recordar el trauma en un contexto seguro, en sí mismo brinda información incompatible con la estructura del miedo, y la persona aprende que el recuerdo de algo sucedido varios meses o años atrás, no puede hacerle daño. Los pacientes aprenden a distinguir entre recordar el trauma (presente) y estar en el momento del trauma (pasado), como consecuencia de ello su malestar asociado al recuerdo disminuye. En cuarto lugar, al focalizarse en los detalles y recordar ese contexto, esa persona que la atacó, y cuáles fueron sus reacciones, la persona aprende a distinguir entre el trauma (peligro) y situaciones similares al trauma pero seguras, facilitando que el trauma sea considerado un evento puntual que no necesariamente representa cómo son las personas o el mundo en general. Por último, experimentar una reducción en el malestar (miedo, culpa, o vergüenza) asociado a los recuerdos mientras se realiza la exposición imaginal permite aumentar la percepción de control y disminuir los sentimientos de incompetencia. Mecanismos similares subyacen a la exposición in vivo.

Toda estrategia de exposición brinda la oportunidad de obtener detalles relevantes que son difíciles de obtener de otro modo y que posteriormente facilitan la evaluación de creencias extremadamente negativas que mantienen los síntomas postraumáticos.

Los pacientes con TEPT no solo evitan situaciones por miedo a que el trauma se repita, sino también por el malestar asociado al sólo hecho de recordarlo. En algunos casos la emoción principal no es el miedo sino la culpa, como ocurre muchas veces en los casos de duelo traumático o prolongado. Una persona cuya madre muere inesperadamente a causa de una enfermedad, se culpaba por no haberla cuidado lo suficientemente bien. Al recordar detalles de los últimos diálogos que tuvo con su madre e integrar dicha información con los comentarios de otras personas después del fallecimiento, la paciente pudo corregir sus interpretaciones negativas acerca de su comportamiento en los últimos momentos de su madre.

Eficacia de la terapia de exposición prolongada

Si bien una revisión exhaustiva de los estudios que apoyan la eficacia del tratamiento de EP o de tratamientos basados en alguna forma de exposición (in vivo o

imaginal) se encuentra fuera del alcance del presente artículo, cabe destacar que las guías de excelencia para la práctica clínica de la International Society for Traumatic Stress Studies (1), del National Institute for Clinical Excellence (12), y el informe del Institute of Medicine de la American Academy of Sciences (13), recomiendan los tratamientos basados en exposición como tratamientos de primera línea para el TEPT. La calidad y cantidad de estudios realizados ubican al tratamiento de EP como el tratamiento cognitivo-conductual más investigado respecto de su eficacia (1).

Numerosos estudios aleatorizados y controlados realizados por grupos independientes de investigadores demostraron que para los síntomas de estrés postraumático, la terapia de EP es más eficaz que la lista de espera, o bien tiene una eficacia similar a la de otros tratamientos específicos como la terapia de procesamiento cognitivo (14), la reestructuración cognitiva (15, 16), la terapia de inoculación del estrés (17), y la terapia de movimiento ocular y reprocesamiento (EMDR) (18, 19, 20). Taylor y sus colaboradores, encontraron que el grupo de EP obtuvo una proporción significativamente mayor de personas sin diagnóstico de TEPT comparados con el grupo de EMDR (19).

Una estrategia frecuente para potenciar la eficacia de un tratamiento consiste en estudiar el efecto aditivo de dos intervenciones. La combinación de la EP con el tratamiento de inoculación del estrés, o bien con la reestructuración cognitiva no fue más eficaz que la EP sola para reducir los síntomas postraumáticos (15, 16, 17).

Foa, Gillihan, y Bryant (21) sugieren que a pesar de las diferencias en el tipo de procedimientos incluidos en los tratamientos activos, éstos presentan elementos comunes que podrían explicar la ausencia de diferencias en la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales (21). Estos tratamientos incluyen: a) alguna forma de ayuda a que los pacientes enfrenten o revisen los recuerdos del trauma mediante discusiones o bien por medio de estrategias que favorezcan enfrentarse a imágenes, situaciones u objetos asociados al trauma; b) facilitar la desconfirmación de aquellas creencias disfuncionales que se desarrollaron después de la experiencia traumática.

Exposición imaginal: ¿es seguro enfrentar los recuerdos del trauma?

A pesar de estos elementos comunes, uno de los temores más frecuentes de los terapeutas, también compartidos por los de habla hispana, es el manejo de las emociones extremas que puedan generarse durante la exposición imaginal (22, 23). Empleando una medida de empeoramiento sintomático basada en el error estándar de la diferencia entre dos mediciones (24), Foa, Zoellner, Feeny, Hembree, y Alvarez-Conrad encontraron que solamente una minoría de pacientes con TEPT experimenta una exacerbación transitoria de los síntomas postraumáticos con la introducción de la exposición imaginal. Más aun, dicha exacerbación no se traducía en una mayor tasa de abandono ni peor respuesta al tratamiento

cuando se los comparaba con el grupo de pacientes que no experimentaban esta exacerbación sintomática (25). En un estudio más reciente, Jayawickreme, Cahill, Riggs, Rauch, Resick, Rothbaum, y Foa, encontraron que aquellos con TEPT que estaban en lista de espera presentaban un porcentaje significativamente más alto de personas que empeoraban comparados con aquellos que recibían un tratamiento activo que incluían algún elemento de exposición a los recuerdos del trauma (p. ej., EP, EMDR, terapia de procesamiento cognitivo). No hubo diferencias entre los tratamientos activos. Más aun, ninguno de los pacientes tratados con EP experimentó un empeoramiento de sus síntomas. Por lo tanto, los resultados sugieren que demorar o privar a un paciente con TEPT de un tratamiento basado en evidencia como la terapia de EP, resulta iatrogénico (26).

Evidencia adicional acerca de la seguridad de la EP proviene del tratamiento del TEPT en el contexto de cuadros psicopatológicos que requieren un tratamiento previo o concomitante. Este es el caso de los trastornos psicóticos, del trastorno límite de la personalidad, y de los trastornos por dependencia de alcohol. Respecto de los primeros, aquellos en lista de espera para el tratamiento del TEPT mostraron tasas de exacerbación de los síntomas postraumáticos, psicóticos o depresivos significativamente más altas que aquellos que recibieron EP o EMDR además del tratamiento usual para el trastorno psicótico (27). No hubo diferencias en la tasa de abandono cuando se comparó a aquellos que mostraron una exacerbación de alguno de estos grupos sintomáticos (N=13) con aquellos que no mostraron exacerbación sintomática alguna (N=78) (27).

En personas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad con conductas suicidas o parasuicidas recurrentes y TEPT, se encontró una disminución en la intensidad de las ganas de realizar un intento suicida o de hacerse daño cuando recibían el tratamiento integrado de terapia cognitivo-conductual dialéctica con el de EP comparados con aquellos que recibieron solamente terapia cognitivo-conductual dialéctica (28). El incremento de las ganas de suicidarse o hacerse daño inmediatamente antes de realizar la exposición ocurrió en una minoría de los casos (8%-11%) y no fue más frecuente que en el grupo que recibió solamente terapia cognitivo-conductual dialéctica. No se encontraron diferencias entre grupos respecto del porcentaje de personas que completaron el tratamiento.

Históricamente se planteó la necesidad de tratar primero el trastorno por consumo de sustancias o alcohol y luego el TEPT. Resulta interesante observar que en un estudio reciente encontró que el uso concomitante de la terapia de EP y naltrexona no estuvo asociado a un aumento de la conducta de consumo (29).

En resumen, estos estudios brindan evidencia acerca de la seguridad de la EP, y en su conjunto son relevantes dado que tempranamente en los años noventa se había sugerido que el uso de la exposición imaginal podía conducir a un empeoramiento de la sintomatología postraumática (30, 31) y no a una exacerbación transitoria inicial sin impacto en la adhesión o respuesta al tratamiento, como ocurre en una minoría de los casos (25, 27).

Terapia de exposición prolongada para el estrés postraumático

Como se dijo anteriormente, la teoría del procesamiento emocional constituye el marco teórico a partir del cual se desarrolló la terapia de EP. Este programa de tratamiento tiene una duración aproximada de 8 a 15 sesiones de 90 a 120 minutos de duración e incluye: psicoeducación acerca de las reacciones comunes después de un trauma, exposición in vivo, exposición imaginal, procesamiento de las experiencias de exposición, y reentrenamiento respiratorio (10).

Durante la primera sesión se brinda al paciente un panorama general acerca de los factores que mantienen los síntomas del estrés postraumático y cómo las estrategias de exposición permitirán el abordaje de las conductas de evitación y las creencias negativas postraumáticas. Además, se recaba información acerca de la historia de traumas, el trauma que más lo haya afectado, y se enseña al paciente una estrategia de respiración.

Debido a la diversidad de manifestaciones clínicas después de un trauma (p. ej., ira, culpa, ataque de pánico, disociación), resulta importante que el paciente conozca cuáles son los síntomas y problemas que el tratamiento le ayudará a resolver.

El componente central del tratamiento de exposición prolongada es la exposición imaginal, con la cual se comienza en la sesión 3 y consiste en: 1) compartir con el paciente el fundamento por el cual revisar los recuerdos puede ayudarlo a disminuir su sintomatología; 2) brindar instrucciones específicas acerca de cómo realizarlo, con los ojos cerrado, e tiempo presente y alentándolo a incorporar sus pensamientos, emociones y reacciones durante el trauma, con el mayor grado de detalle que pueda en ese momento, es decir, facilitar que acceda a los diferentes elementos de la estructura del miedo; 3) realizar el relato del trauma en voz alta en presencia del terapeuta, el cual se repite una y otra vez hasta completar aproximadamente 30-45 min. de ejercitación; 4) procesar la experiencia de exposición. La exposición a los recuerdos del trauma es seguida de una etapa de procesamiento con el propósito de facilitar que la persona establezca relaciones entre información que obtuvo antes o después del trauma y corrija sus pensamientos, facilitando la incorporación de información incompatible con la visión negativa de sí mismo, del mundo o los sentimientos de culpa (p. ej., cómo actuó en el momento). Por ejemplo, una persona cuya madre se suicidó en el poco tiempo que estuvo sin ella, se culpaba por no haber pensado que eso iba a ocurrir. Al revisar los recuerdos la paciente recordó comentarios y actitudes previas de su mamá y se dio cuenta que ella ya había tomado la determinación de buscar el momento para quitarse la vida.

Asimismo, el procesamiento permite reflexionar acerca de las reacciones emocionales durante la exposición y contrastar esta experiencia con sus expectativas iniciales (p. ej., temor a perder el control).

Se graba la narrativa del trauma y al finalizar la sesión se instruye al paciente a que la escuche entre sesiones. Es importante subrayar que el procesamiento y elabo-

ración de los recuerdos del trauma transcurre también entre sesiones, dado que al realizar la exposición imaginal repetidas veces, recuperan información y aspectos del contexto que no estaban disponibles porque evitaban pensar cualquier situación asociada al trauma. Por ejemplo, una víctima de abuso sexual infantil que evitaba todo aquello que se refería a determinado período de su infancia y se culpaba por no haber impedido que los abusos se repitieran. Al realizar las exposiciones imaginales recordó el contexto familiar conflictivo en el cual se dieron los abusos, y comprendió que sus reacciones de miedo extremo, incluso fuera de las situaciones de abuso sexual, sumadas a su corta edad, explicaban su parálisis frente a los abusos repetidos.

Al igual que en la exposición imaginal, la exposición in vivo está precedida por una explicación acerca de por qué puede ayudar al paciente a reducir su sintomatología. Esta consiste en ayudar al paciente a enfrentar en forma gradual, sistemática, y consensuada aquellas situaciones que evita por temor a sufrir nuevamente un trauma o bien por temor a que dicha situación provoque recuerdos sobre el trauma (p. ej., leer una noticia que le recuerde a su trauma). Estas situaciones se ordenan de menor a mayor según el grado de malestar subjetivo que provoquen. Aquellas situaciones que el paciente consideraba objetivamente seguras antes del trauma y le gustaría volver a enfrentar pueden ser situaciones adecuadas para su inclusión en la jerarquía de exposición. En algunos casos, es necesario obtener la opinión del grupo de pertenencia del paciente y determinar si la situación propuesta es segura.

En la terapia de EP, la exposición in vivo transcurre entre sesiones, es decir, consiste en una auto-exposición in vivo. Cuando se asignan estos ejercicios se enfatiza que el paciente no realice conductas de búsqueda de seguridad o de reaseguro que impidan testear sus consecuencias temidas. Por ejemplo, una víctima de asalto a mano armada que siente la necesidad de mirar constantemente hacia atrás, continuará atribuyendo a dicha conducta preventiva la propiedad de haberla protegido de un posible asalto. Un ejercicio de exposición in vivo consistiría en caminar por un lugar que ella considera razonablemente seguro pero que de todos modos le provoca temor, sin mirar con tanta frecuencia hacia atrás. En algunas ocasiones puntuales, es necesario realizar estos ejercicios con el paciente en sesión.

En resumen, estos son los componentes del tratamiento de EP y su uso estándar. Se han propuesto modificaciones para aquellos casos en los cuales predominan sentimientos de ira, síntomas de embotamiento afectivo, o bien un estado emocional extremo (10).

Hacia el abordaje poblaciones complejas: estrés postraumático en pacientes con trastorno límite de la personalidad con elevado riesgo suicida

En algunos casos, el abordaje del TEPT puede resultar complejo por las comorbilidades y el riesgo suicida. La elevada tasa de comorbilidad del TEPT con el trastorno límite de la personalidad y el obstáculo que este supone

para la recuperación de los pacientes con este trastorno de personalidad ha llevado a que en los últimos años se buscaran formas de integrar tratamientos basados en evidencia para cada trastorno, ya sea de forma secuencial o simultánea (32, 33).

En los últimos años, el grupo de la Dra. Marsha Linehan junto al equipo de la Dra. Edna Foa diseñó un protocolo que integra la terapia cognitivo-conductual dialéctica y la terapia de EP para abordar los síntomas del estrés postraumático en el tratamiento de pacientes con intentos de suicidio recientes y con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (34). Este protocolo incluye un año de terapia cognitivo-conductual dialéctica (la cual incluye cuatro módulos: 1) terapia individual, 2) grupo de entrenamiento en habilidades, 3) un equipo de supervisión, y 4) guía telefónica; el cual comienza haciendo foco en la reducción de la disregulación conductual y en incrementar las habilidades conductuales. Si el paciente se abstiene de conductas suicidas o parasuicidas por lo menos durante 2 meses, se comienza con el protocolo integrado de EP y terapia cognitivo-conductual dialéctica. Este protocolo se basa en la EP con adaptaciones para el abordaje de las necesidades y características propias de los pacientes con trastorno límite de la personalidad (10). Los componentes principales del protocolo incluyen exposición imaginal a los recuerdos del trauma y exposición in vivo a las situaciones evitadas. Una vez finalizado el tratamiento del TEPT se continúa con la terapia cognitivo-conductual dialéctica estándar focalizándose en el abordaje de los objetivos del tratamiento que permanezcan (p. ej., funcionamiento psicosocial).

Adaptación de la terapia de EP a hispanoparlantes

La adaptación cultural del tratamiento de EP para hispanoparlantes fue liderada por la Dra. Mildred Vera de la Universidad de Puerto Rico y por la Dra. Leticia Reyes-Rabanillo del Departamento de Veteranos de Guerra (23, 35). Esta versión de EP fue el resultado de un trabajo minucioso que incluyó la realización de entrevistas a informantes clave, el uso de la técnica de revisión de expertos, y grupos focales con veteranos de guerra de habla hispana. En términos generales, las modificaciones consistieron en la incorporación de situaciones, uso de analogías o metáforas relevantes para la población de habla hispana. Debido a la importancia de la familia como facilitador de la adhesión al tratamiento, y a la preferencia de los pacientes por compartir información de la terapia con sus familiares, se incorporó una sesión optativa con un familiar o un otro significativo al comienzo del tratamiento. En esta sesión se explica al familiar en qué consiste el TEPT, la importancia de los ejercicios entre sesiones y las reacciones emocionales transitorias que ocurren durante el procesamiento emocional de las reacciones traumáticas, así como el fundamento (*rationale*) y las metas a alcanzar con la terapia de EP.

En una segunda etapa, se testeó la aceptación de esta adaptación del manual de tratamiento. La EP fue más

eficaz que el tratamiento usual en el postratamiento y la mayoría de los pacientes que comenzaron el tratamiento de EP lo terminaron (35). En la misma línea que los resultados del estudio de Foa y colaboradores (25), la exacerbación sintomática transitoria que el grupo de EP mostró a mitad del tratamiento no estuvo asociada al abandono del tratamiento. Los pacientes informaron que recibieron un gran apoyo de sus familiares durante el tratamiento, lo cual según los autores sugiere que la entrevista familiar pudo haber facilitado la retención de los pacientes (35). Entre las limitaciones del estudio se encuentran el tamaño de la muestra, la ausencia de una evaluación de seguimiento, y la falta de experiencia previa de los terapeutas involucrados en el uso de terapias basadas en exposición con esta población, a pesar de lo cual los resultados obtenidos fueron muy alentadores. En resumen, los resultados sugieren que los hispanos de Puerto Rico encontraron aceptable a la intervención (35).

La realización de este estudio fue posible gracias a la habilidad de los investigadores principales y un equipo altamente motivado para desarrollar una estructura de supervisión que permitiera la implementación del tratamiento, para obtener financiación, y apoyo organizacional (23). En la actualidad la Dra. Vera y su equipo de la Universidad de Puerto Rico se encuentran realizando un estudio aleatorizado y controlado en hispanos con TEPT financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos con el objetivo de brindar más y mejor información acerca de los efectos de este tratamiento en hispanos.

Diseminación e implementación de la terapia de exposición prolongada

Antes de focalizarnos en la diseminación e implementación de la EP es necesario definir estos términos. Diseminación se refiere a cómo se crea la información acerca de la intervención, cómo se transmite e interpreta (36), mientras que implementación se refiere al proceso mediante el cual se adopta una intervención, y se integra a un sistema de salud preexistente modificando las prácticas actuales de ese lugar específico de trabajo (36). Un concepto relacionado a estos términos es el de sostenibilidad, el cual hace referencia a la aplicación rutinaria de la innovación hasta que se vuelva obsoleta (37).

Si bien entre los obstáculos para cualquier iniciativa de diseminación e implementación incluyen factores asociados a los sistemas de salud y la motivación de los profesionales, el componente central de estas iniciativas es el entrenamiento de los clínicos. Los entrenamientos pueden dividirse en dos tipos de procedimientos, aquellos destinados a brindar información al terapeuta acerca del tratamiento en sí (entrenamiento didáctico), y procedimientos destinados a favorecer la destreza o habilidad (competencia clínica) del terapeuta para su aplicación (38).

Al igual que en otros países, el acceso a formas de entrenamiento de baja intensidad como los manuales de tratamiento traducidos al español, y la asistencia a

talleres de uno o medio día de duración, contribuyó a la diseminación de la terapia cognitivo-conductual en nuestro país (39). No obstante, hay acuerdo en señalar que la sola lectura de manuales de tratamiento (40) o incluso la asistencia a talleres prácticos de un día (41), son insuficientes para producir un cambio sostenible en la conducta del terapeuta (42) y obtener buenos resultados con los pacientes (40, 41). A mayor duración del entrenamiento y del período de supervisión por un terapeuta calificado, se observan mejorías sintomáticas más pronunciadas en los pacientes (41).

En la actualidad, un modelo de entrenamiento clínico muy usado es el de "entrenar al entrenador" (*train the trainer model*). Su ventaja principal consiste en disminuir la participación de los expertos a lo largo del proceso de diseminación y alcanzar a una mayor cantidad de profesionales. Este modelo fue aplicado para diseminar el tratamiento de EP a gran escala y consistió en 3 fases: en primer lugar, se realiza un entrenamiento intensivo de 4 días dictado por un experto en EP (entrenamiento didáctico), seguido de la aplicación del tratamiento en dos o tres pacientes con estrés postraumático bajo la supervisión de un terapeuta experto con la finalidad de facilitar que el terapeuta adquiera destreza en su aplicación (entrenamiento en competencia clínica); en segundo lugar, se ofrece a un subgrupo de terapeutas altamente motivados, un entrenamiento intensivo de 4 días como supervisores. Dicho entrenamiento se realiza en un centro experto en EP (p. ej., en el *Center for the Treatment and Study of Anxiety* de la Universidad de Pensilvania). Una vez que alcanzaron la certificación como supervisores, pasan a supervisar a otros terapeutas que se encuentran en la primera fase; por último, algunos de los supervisores reciben preparación para volverse entrenadores y ofrecer talleres de entrenamiento a otros terapeutas (21).

El entrenamiento de la primera fase está diseñado para abordar aquellas actitudes del terapeuta que pueden interferir en la diseminación e implementación del mismo, como por ejemplo, el temor de los terapeutas a las reacciones emocionales durante la exposición imaginal, o formas de adecuar el tratamiento para el manejo de la ira, síntomas disociativos o sentimientos de culpa.

Este modelo de entrenamiento fue empelado para diseminar la terapia de EP dentro del sistema de salud más grande de los Estados Unidos, el Departamento de Veteranos de Guerra, con el propósito de desarrollar clínicas especializadas en TEPT que brinden tratamientos de primera línea (43). Los resultados de su aplicación a gran escala mostraron que independientemente de la profesión, la orientación teórica, y el grado de experiencia, los profesionales entrenados obtuvieron reducciones similares en la sintomatología postraumática de los pacientes (44). Los terapeutas con menor experiencia clínica y aquellos que trabajan en clínicas especializadas de estrés postraumático, se mostraron menos preocupados por el posible malestar que el uso de la EP pudiera generar. Más aun, tanto el entrenamiento como la supervisión aumentaron significativamente la percepción de autoeficacia del terapeuta para el abordaje de estos pacientes (45, 46). En conclusión, el entrenamiento y la

supervisión posterior facilitan que el terapeuta desarrolle confianza a la hora de manejar las reacciones emocionales de los pacientes durante el tratamiento, y se sienta cómodo mientras lo realiza, requisitos necesarios para el uso de las estrategias de exposición (47).

La falta de acceso a los entrenamientos constituye el principal obstáculo para la diseminación de tratamientos basados en evidencia en nuestro país. Entre los principales obstáculos se encuentran las barreras idiomáticas, geográficas, y económicas (39). Por esta razón, el equipo de la Clínica de Ansiedad y Trauma de INECO decidió organizar entrenamientos clínicos sobre estrés posttraumático dirigidos por expertos, en este caso la Dra. Edna Foa, el cual tendrá traducción simultánea y materiales en español. De acuerdo a la literatura sobre entrenamiento que señala la importancia de la supervisión, un requerimiento para su participación es el de supervisar casos luego del entrenamiento. De esta manera, se espera superar algunos de los obstáculos principales para la formación adecuada de terapeutas, expandiendo la cantidad de expertos en condiciones de ofrecer un tratamiento de primera línea para personas con TEPT.

Conclusión

La terapia de EP es un tratamiento breve que ha recibido una amplia apoyatura empírica acerca de su eficacia para el tratamiento del TEPT por una amplia variedad de traumas y su adaptación cultural ha demostrado ser aceptada por los pacientes hispanoparlantes. Diferentes estudios han mostrado que es un tratamiento seguro, incluso cuando ha sido integrado a otras intervenciones para el tratamiento del TEPT en pacientes con síntomas psicóticos o trastorno límite de la personalidad con riesgo suicida.

Inicialmente se ha considerado que la incorporación de tratamientos focalizados en el TEPT podía ser contraproducente para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad (32) o para el trastorno por dependencia de alcohol (48). Como se ha visto anteriormente, evidencia inicial sugiere que el uso de la EP integrada a otros tratamientos basados en evidencia no sólo disminuyen los síntomas posttraumáticos sino también las ganas de hacerse daño en pacientes con trastorno límite de la personalidad o bien las ganas de consumir en pacientes con dependencia de alcohol. Esta clase de estudios empiezan

sugerir la necesidad de trabajar en equipo para el abordaje adecuado de pacientes complejos y la importancia de ampliar nuestros conocimientos para trabajar con estos pacientes.

La terapia de EP ha demostrado ser relativamente sencilla de aprender por parte de personas con escasa experiencia en el uso de técnicas cognitivo-conductuales. Sin embargo, persisten obstáculos para su diseminación e implementación.

Muchos años han pasado desde que se creó el grupo de trabajo para la Promoción y Diseminación de los Procedimientos Psicológicos de la Asociación Americana de Psicología (49). La existencia de estudios que demuestren la eficacia y efectividad de una intervención y de guías para la práctica clínica no es suficiente para que los tratamientos basados en evidencia sean adoptados por los profesionales de la salud mental (50). Se vuelve necesario estudiar no sólo como cambia un paciente, sino también cómo cambian los terapeutas y las organizaciones. Modelos de diseminación provenientes de otras disciplinas prometen volverse marcos conceptuales necesarios para comprender los diferentes tipos de obstáculos para la modernización de un sistema de salud.

Como se señaló anteriormente, una de las barreras más frecuentes en nuestro medio para adoptar una innovación es la gran dificultad que tienen los profesionales para acceder a los entrenamientos clínicos o capacitaciones dictadas por expertos. Quizás en un futuro no muy lejano el uso de tecnología permita realizar entrenamientos por internet en diferentes tipos de intervenciones psicológicas que resulten más accesibles económicamente, se puedan repetir tantas veces como sea necesario, realizarse a distancia, y en diferentes idiomas. En cualquier caso es importante destacar que existen obstáculos inherentes a cada sistema de salud que requieren ser abordados previamente si el esfuerzo de diseminación tiene por objetivo que el profesional pueda aplicar en forma regular el tratamiento aprendido (p. ej., espacio físico para supervisión, posibilidad de realizar sesiones de 90 o 120 minutos, orientación teórica del jefe del equipo).

Declaración de conflictos de intereses

Los autores no declaran conflictos de interés ■

Referencias bibliográficas

1. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA. Effective treatments for PTSD: practice guidelines of the international society for traumatic stress studies (ISTSS). New York: Guilford Press; 2009.
2. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bull* 1986; 20-35.
3. Lang PJ. Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behav Ther* 1977; 8: 862-86.
4. Foa EB, Huppert JD, Cahill SP. Emotional processing theory: An Update. In: Rothbaum BO, editor. *Pathological anxiety*. New York: Guilford Press; 2006. p. 3-24.
5. Foa EB, Steketee G, Rothbaum BO. Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behav Ther* 1989; 20: 155-76.
6. Foa EB, Riggs DS. Posttraumatic stress disorder and rape. *Lancet Psychiatry* 1993; 12: 273-303.
7. Foa EB, Rothbaum BO. Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD. New York: Guilford Press; 1998.
8. Foa EB, McNally RJ. Mechanisms of change in exposure therapy. In: Rapee RM, editor. *Current controversies in the anxiety disorders*. New York: Guilford Press; 1996. p. 329-43.
9. Dalgleish T. Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentational theorizing. *Psychol Bull* 2004; 130: 228-60.
10. Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO. Prolonged exposure therapy for PTSD: emotional processing of traumatic experiences therapist guide. New York: Oxford University Press; 2007.
11. Bouton ME, Swartzentruber D. Sources of relapse after extinction in Pavlovian and instrumental learning. *Clin Psychol Rev* 1991; 11: 123-40.
12. National Institute for Health and Care Excellence. Posttraumatic stress disorder (PTSD). Evidence Update. NICE guideline (CG26), December 2013.
13. Institute of Medicine. Treatment of posttraumatic stress disorder: An assessment of the evidence. Washington, DC: National Academies Press.
14. Resick PA, Nishith P, Weaver TL, Astin MC, Feuer CA. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 867-79.
15. Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, Rauch SA, Riggs DS, Feeny NC, et al. Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73: 953-64.
16. Marks I, Lovell K, Noshirvani H, Livanou M, Thrasher S. Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 317-25.
17. Foa EB, Dancu CV, Hembree EA, Jaycox LH, Meadows EA, Street GP. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67: 194-200.
18. Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F. Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *J Trauma Stress* 2005; 18: 607-16.
19. Taylor S, Thordarson DS, Maxfield L, Fedoroff IC, Lovell K, Ogrodniczuk J. Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 330-8.
20. van den Berg DP, de Bont PA, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, Van Minnen A, et al. Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 259-67.
21. Foa EB, Gillihan SJ, Bryant RA. Challenges and successes in dissemination of evidence-based treatments for posttraumatic stress lessons. Learned from prolonged exposure therapy for PTSD. *Psychol Sci Public Interest* 2013; 14: 65-111.
22. Becker CB, Zayfert C, Anderson E. A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behav Res Therap* 2004; 42: 277-92.
23. Kichic R, Vera M, Reyes-Rabanillo M. Commentary: challenges in the dissemination and implementation of exposure-based CBT for the treatment of Hispanics with PTSD. In: Stein DJ, Friedman MJ, Blanco C, editors. *Posttraumatic stress disorder*. West Sussex: Wiley-Blackwell; 2011. p. 205-7.
24. Devilly GJ, Foa EB. The investigation of exposure and cognitive therapy: comment on Tarrrier et al. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 114-6.
25. Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC, Hembree EA, Alvarez-Conrad J. Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 1022-8.
26. Jayawickreme N, Cahill SP, Riggs DS, Rauch SA, Resick PA, Rothbaum BO, et al. Primum non nocere (first do no harm): symptom worsening and improvement in female assault victims after prolonged exposure for PTSD. *Depress Anxiety* 2014; 31: 412-9.
27. van den Berg DP, de Bont PA, van der Vleugel BM, De Roos C, de Jongh A, van Minnen A, et al. Trauma-focused treatment in PTSD patients with psychosis: symptom exacerbation, adverse events, and revictimization. *Schizophr Bull* 2015; sbv172.
28. Harned MS, Korslund KE, Linehan, MM. A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behav Res Ther* 2014; 55: 7-17.
29. Foa EB, Yuskos DA, McLean CP, Suvak MK, Bux DA, Oslin D, et al. Concurrent naltrexone and prolonged exposure therapy for patients with comorbid alcohol dependence and PTSD: a randomized clinical trial. *JAMA* 2013; 310: 488-95.
30. Pitman RK, Altman B, Greenwald E, Longpre RE, Macklin ML, Poire et al. Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 1991; 52: 17-20.
31. Tarrrier N, Pilgrim H, Sommerfield C, Faragher B, Reynolds M, Graham E, et al. A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67: 13-8.
32. Harned MS. The combined treatment of PTSD with borderline personality disorder. *Curr Treat Options Psychiatry* 2014; 1: 335-44.
33. Harned MS. Treatment of posttraumatic stress disorder with comorbid borderline personality disorder. In: McKay D, Storch E, editors. *Handbook of treating variants and complications in anxiety disorders*. New York: Springer Press; 2013.
34. Harned MS, Korslund KE, Foa EB, Linehan MM. Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: development and preliminary evaluation of a dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol. *Behav Res Ther* 2012; 50: 381-6.
35. Vera M, Reyes-Rabanillo ML, Juarbe D, Pérez-Pedrogo C, Olmo A, Kichic R, et al. Prolonged exposure for the treatment of Spanish-speaking Puerto Ricans with posttraumatic stress disorder: a feasibility study. *BMC Research Notes* 2011; 4: 415.
36. Schoenwald SK, McHugh RK, Barlow DH. The science of

- dissemination and implementation. In: McHugh RK, Barlow DH, editors. Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions. New York: Oxford University Press; 2012. p. 16-42.
37. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly* 2004; 82 (4); 581-629.
 38. McHugh RK, Barlow DH. Training in evidence-based psychological interventions. In: McHugh RK, Barlow DH editors. Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions. New York: Oxford University Press; 2012. p.16-42.
 39. Kichic R (June, 2015). CBT in Argentina. *Advances in Cognitive Therapy Newsletter*.
 40. Sholomskas DE, Syracuse-Siewert G, Rounsaville BJ, Ball SA, Nuro KF, Carroll KM. We don't train in vain: a dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavioral therapy. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73: 106-15.
 41. Rakovshik SG, McManus F. Establishing evidence-based training in cognitive behavioral therapy: a review of current empirical findings and theoretical guidance. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 496-516.
 42. Beidas RS, Kendall, PC. Training therapists in evidence based practice: a critical review of studies from a systems contextual perspective. *Clin Psychol* 2010; 17: 1-30.
 43. Edwards DJ. Transforming the VA: The New Freedom Commission's report guides changes at the VA. *Behav Healthc* 2008; 28: 14-17.
 44. Eftekhari A, Crowley JJ, Ruzek JI, Garvert DW, Karlin BE, Rosen CS, et al. Training in the Implementation of prolonged exposure therapy: Provider correlates of treatment outcome. *J Trauma Stress* 2015; 28: 65-8.
 45. Karlin BE, Ruzek JI, Chard KM, Eftekhari A, Monson CM, Hembree EA, et al. Dissemination of evidence based psychological treatments for posttraumatic stress disorder in the Veterans Health Administration. *J Trauma Stress* 2010; 23: 663-73.
 46. Ruzek JI, Eftekhari A, Rosen CS, Crowley JJ, Kuhn E, Foa EB, et al. Factors related to clinician attitudes toward prolonged exposure therapy for PTSD. *J Trauma Stress* 2014; 27: 423-9.
 47. Gunter RW, Whittal ML. Dissemination of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders: Overcoming barriers and improving patient access. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 194-202.
 48. Najavits LM, Rynkala D, Back SE, Bolton E, Mueser KT, Brady KT. Treatment of PTSD and comorbid disorders. In: Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA. *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS)*. New York: Guilford Press; 2009. p. 508-35.
 49. Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments. *Clin Psychol* 1995; 48: 3-23.
 50. U.S. department of Health and Human Services. *Mental health: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: Author; 1999.