



FACULTAT  
D'EDUCACIÓ, TRADUCCIÓ,  
ESPORTS I PSICOLOGIA

UVIC | UVIC·UCC

# **EFICACIA DE LAS TERAPIAS DE CONDUCTA DE TERCERA GENERACIÓN EN EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Trabajo de Final de Grado de Psicología

Alumno: Daniel Barba Suárez

Tutora: Anastasiya Ivanova Serokhvastova

Curso 2022-2023

Vic, 12 de mayo de 2023

*"Durante el tiempo que pasé en el desierto para ejercitarme, afronté dos huracanes. Uno de ellos no fue muy violento, pero hubiera sido imposible moverse y orientarse dentro de él con los recursos ordinarios; sin embargo, con mis zancos, andaba libremente sobre la arena en el curso de esos dos huracanes, en cualquier dirección, como si hubiese estado en mi cuarto. La única dificultad consistía en no tropezar, porque siempre hay en las dunas huecos y montículos, sobre todo durante las tempestades."*

**-George Gurdjieff**

## **Agradecimientos**

A mi tutora, Anastasiya, por cada duda resuelta cada vez que no sabía qué hacer. A mis profesores, y a mi tutora por la ayuda, paciencia y dedicación depositada. A mi familia por el apoyo proporcionado durante estos años y a mis padres por costearse mi carrera más allá de sus capacidades económicas y estar ahí siempre. A mi tío David por ser el causante directo de haber podido llegar a realizar este trabajo. A mi pareja Cristina por ser el pilar que sostuvo mis caídas. A mis amigos que me acompañan desde siempre y a mis amigos de universidad que me acompañarán desde ahora.

## **Resumen:**

El aumento de factores de riesgo para trastornos del estrés en los últimos años y el surgimiento de nuevas terapias despierta interés en lo que respecta a la salud mental. Sin embargo, ya existen terapias que abordan esta temática, pero no se sabe si las nuevas generaciones de terapia pueden resultar más efectivas. El objetivo es analizar la eficacia de las terapias de tercera generación (TTG) tales como la terapia de aceptación y compromiso (TAC), la terapia dialéctico conductual (TDC), la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (DRMO) y las intervenciones basadas en la atención plena (IBAP, Mindfulness) en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático (TEPT). Para ello se lleva a cabo una revisión sistemática realizando una búsqueda en las bases de datos Web of Science, PsycInfo, PubMed y Scopus en los cuales se han incluido un total de 35 artículos para revisar (16 DRMO, 4 TAC, 9 TDC y 8 IBAP) siguiendo la metodología PRISMA. Los resultados generales en su mayoría sugieren que las TTG son eficaces para el trastorno por estrés postraumático. Se concluye entonces que el DRMO, las IBAP, la TDC y la TAC pueden ser herramientas útiles para el tratamiento del TEPT, aunque se requieren más investigaciones rigurosas ya sea con ensayos controlados aleatorizados u otros para acabar de valorar y esclarecer su eficacia.

Palabras clave: Trastorno por estrés postraumático, Terapias de tercera generación, Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimientos Oculares, Terapia dialéctico conductual, terapia de aceptación y compromiso, Intervenciones basadas en Mindfulness, Mindfulness, Eficacia.

## **Resum:**

L'augment de factors de risc per a trastorns de l'estrès en els últims anys i el sorgiment de noves teràpies desperta interès pel que fa a la salut mental. No obstant això, ja existeixen teràpies que aborden aquesta temàtica, però no se sap si les noves generacions de teràpia poden resultar més efectives. L'objectiu és analitzar l'eficàcia de les teràpies de tercera generació (TTG) com ara la teràpia d'acceptació i compromís (TAC), la teràpia dialéctico conductual (TDC), la teràpia de dessensibilització i reprocessament per moviments oculars (DRMO) i les intervencions basades en l'atenció plena (IBAP, Mindfulness) en el tractament de l'estrès posttraumàtic (TEPT). Per això es duu a terme una revisió sistemàtica realitzant una cerca a les bases de dades Web of Science, PsycInfo, PubMed i Scopus en els quals s'han inclòs un total de 35 articles per revisar (16 DRMO, 4 TAC, 9 TDC i 8 IBAP) seguint la metodologia PRISMA. Els resultats generals en la seva majoria suggereixen que les TTG són eficaces per al trastorn per estrès

posttraumàtic. Es conclou llavors que el DRMO, les IBAP, la TDC i la TAC poden ser eines útils per al tractament del TEPT, encara que es requereixen més recerques rigoroses ja sigui amb assajos controlats aleatoritzats o altres per a acabar de valorar i esclarir la seva eficàcia.

Paraules clau: Trastorn per estrès posttraumàtic, Teràpies de tercera generació, Desensibilització i Reprocessament per mitjà de Moviments Oculars, Teràpia dialèctic conductual, teràpia d'acceptació i compromís, Intervencions basades en Mindfulness, Mindfulness, Eficàcia.

### **Summary:**

The increase in risk factors for stress disorders in recent years and the emergence of new therapies arouse interest in mental health. However, there are already therapies that address this issue, but it is not known if new generations of therapy can be more effective. The objective is to analyze the efficacy of third generation therapies (TGT) such as acceptance and commitment therapy (ACT), dialectical behavior therapy (DBT), eye movement desensitization and reprocessing therapy (EMDR) and mindfulness-based interventions (MBI) in the treatment of post-traumatic stress (PTSD). For this, a systematic review is carried out by searching databases Web of Science, PsycInfo, PubMed and Scopus, in which a total of 35 articles have been included to review (16 EMDR, 4 ACT, 9 DBT and 8 MBI) following the PRISMA methodology. The overall results mostly suggest that TGT are effective for post-traumatic stress disorder. It is therefore concluded that EMDR, MBI, DBT, and ACT may be useful tools for the treatment of PTSD, although more rigorous research is required, either with randomized controlled trials or others, to fully assess and clarify their efficacy.

Keywords: Post-traumatic stress disorder, Third generation therapies, Desensitization and Reprocessing Eye Movement, Dialectical behavior therapy, Acceptance and commitment therapy, Mindfulness-based interventions, Mindfulness, Efficacy.

## Tabla de contenido

1. Introducción .....	10
1.1 Justificación .....	10
2. Fundamentación teórica .....	12
2.1 Terapias de tercera generación .....	12
2.1.1 Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) .....	15
2.1.2 Terapia aceptación y compromiso (ACT) .....	17
2.1.3 Terapia dialéctico conductual (DBT) .....	18
2.1.4 Intervenciones basadas en mindfulness (MBI, Mindfulness) .....	18
2.1.4.1 Reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR) .....	20
2.1.4.2 Terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT) .....	20
2.2 Trastorno por estrés postraumático.....	21
2.2.1 Prevalencia y factores de riesgo .....	22
2.2.2 Sintomatología.....	23
2.2.3 Tratamiento actual para el TEPT .....	23
2.2.4 Tratamiento habitual TEPT vs TTG .....	24
3. Objetivo e hipótesis .....	26
4. Metodología .....	27
4.1 Protocolo de revisión.....	27
4.2 Bases de datos.....	27
4.3 Búsqueda .....	27
4.4 Criterios de selección .....	29
4.5 Selección de la literatura científica .....	29

5. Resultados.....	31
5.1 Características generales de los estudios .....	32
5.1.1 Características de los estudios de eficacia de la EMDR.....	32
5.1.2 Características de los estudios de eficacia de la ACT .....	36
5.1.3 Características de los estudios de eficacia de la DBT .....	38
5.1.4 Características de los estudios de eficacia de las MBI .....	41
6. Discusión.....	44
6.1 EMDR .....	44
6.2 MBI .....	45
6.3 ACT .....	45
6.4 DBT .....	46
6.5 Limitaciones .....	46
6.6 Aplicaciones prácticas .....	47
6.7 Futuras investigaciones .....	48
7. Conclusiones.....	49
8. Bibliografía .....	50
9. Anexos.....	61

## Listado de figuras y tablas

Figura 1: Diagrama de flujo según metodología PRISMA .....	30
Tabla 1: Resultados de los artículos seleccionados para EMDR .....	33
Tabla 2: Resultados de los artículos seleccionados para ACT .....	37
Tabla 3: Resultados de los artículos seleccionados para DBT .....	39
Tabla 4: Resultados de los artículos seleccionados para MBI .....	42

## Listado de abreviaturas

- **TEPT:** Trastorno estrés postraumático
- **TC:** Terapia de conducta
- **TTG:** Terapias de tercera generación
- **TCC:** Terapia cognitivo conductual
- **EMDR:** Desensibilización por movimientos oculares y reprocesamiento
- **ACT:** Terapia aceptación y compromiso
- **DBT:** Terapia dialéctico conductual
- **MBI:** Intervenciones basadas en mindfulness
- **MBSR:** Programa de reducción de estrés basado en mindfulness
- **MBCT:** Terapia cognitiva basada en mindfulness
- **MBRP:** Programa de prevención de recaídas basado en mindfulness
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **APA:** Asociación Americana de Psiquiatría
- **DSM-5:** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
- **CPT:** Terapia de procesamiento cognitivo
- **TLP:** Trastorno límite de la personalidad
- **TCP:** Terapia centrada en el presente
- **ART:** Terapia de resolución acelerada
- **EBT:** Tratamientos basados en la evidencia
- **WL:** Lista de espera
- **EM:** Movimientos oculares
- **TAU:** Tratamiento habitual
- **G-TEP:** Protocolo de episodio traumático grupal
- **PE:** Terapia exposición prolongada
- **CSA:** Abuso sexual infantil.
- **MBX:** Ejercicio de estiramiento y respiración profunda
- **SUD:** Trastorno abuso de sustancias
- **CBCT:** Entrenamiento de la compasión de base cognitiva
- **PCBMT:** Atención primaria entrenamiento de atención plena
- **MBTR-R:** Recuperación de trauma basado en mindfulness para refugiados
- **PC:** Atención primaria

# **1.Introducción**

Esta investigación surge a raíz del incremento y relevancia del abordaje de las terapias de tercera generación en los últimos años, y la motivación de investigarlas en la problemática del trastorno por estrés postraumático que se ha visto incrementado por la situación de pandemia vivida en los últimos 3 años. Este proyecto de investigación se enmarca en analizar la eficacia de algunas de las terapias de conducta de tercera generación en el tratamiento psicoterapéutico del trastorno por estrés postraumático.

Al revisar investigaciones sobre la temática se observó que no existen actualmente muchos estudios relacionados con la temática, aunque si hay más existencia sobre eficacia y aplicación de terapias de tercera generación en otros trastornos. A partir de esta situación, se realizó una revisión sistemática en diferentes bases de datos científicas sobre el tema. Se encontraron diferentes artículos dejando un total de 35 publicaciones que cumplieron con los requisitos para realizar la investigación.

Finalmente, dicha revisión permite conocer antecedentes de las investigaciones de la investigación en un margen de 10 años donde se incluye el planteamiento del problema, una justificación con la pregunta de investigación y sus objetivos, así como un marco teórico, una parte metodológica, sus resultados, una justificación y unas conclusiones acerca de la temática y el futuro de esta.

## **1.1 Justificación**

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es una patología que afecta a muchas personas que han vivido o presenciado acontecimientos impactantes, terroríficos o peligrosos. Actualmente y también en los últimos años, hemos presenciamos un contexto inédito a nivel mundial ya que, a raíz de la Covid-19 la gente se ha visto obligada a confinarse y esto ha generado confusión y situaciones estresantes que pueden y han generado cierta sintomatología que si bien alguna puede desaparecer unas semanas después de la vivencia del acontecimiento, en algunas ocasiones o situaciones como por ejemplo el contexto del servicio sanitario o personas que han perdido algún familiar durante la pandemia han podido exponerse a situaciones de trauma y con ello haber desarrollado más factores de riesgo para padecer un posible TEPT, trastorno por estrés agudo o alguna sintomatología ansiógena en función de la resiliencia del individuo (Blanco et al., 2022; Palomino y Huarcaya, 2020; Rodríguez et al., 2020).

Es por eso por lo que las consecuencias de contexto de pandemia o la exposición continua a situaciones estresantes en general están poco identificadas y tratadas. En muchas ocasiones las personas consideran inevitable según su situación. Por ello es de gran importancia llevar a cabo una revisión sobre la literatura actual para desarrollar así un trabajo de investigación acerca de dicho trastorno en la población general adulta.

Como a su vez el TEPT es una patología o consecuencia de situaciones poco tratadas o identificadas también lo son a su vez ciertas intervenciones y terapias existentes que traten este trastorno. Sobre todo, las terapias más novedosas como lo son las terapias de tercera generación, que en ocasiones también son difíciles de concretar ya que las primeras terapias de las que se tienen constancia nacen en 1990 pero no se hacen conocidas u oficiales hasta 2004. Por lo tanto, hablamos de terapias nacidas hace 2 o 3 décadas de las que, aunque haya literatura científica acerca de ellas, aún no se concreta del todo la eficacia de estas. Por ello, el TEPT y las terapias de conducta de tercera generación son aspectos que puestos en relación existe cierta escasez de información y estudios al respecto, lo cual acrecienta los motivos para realizar la investigación por esta vía.

Por lo tanto, la pregunta de investigación que se plantea es:

¿son las terapias de tercera generación eficaces para el tratamiento del TEPT?

## **2. Fundamentación teórica**

### **2.1 Terapias de tercera generación**

El enfoque cognitivo-conductual ha ido desarrollándose hasta lo que se conoce hoy en día como terapias de tercera generación o de la tercera ola. Según Pérez, la terapia de conducta de tercera generación se sitúa a partir de la década de los noventa, pero no estaría reconocida como tal hasta 2004 (Pérez, 2006). Es por eso por lo que para entender que son las terapias de tercera generación debemos centrarnos en el origen puesto que también existen una primera y segunda ola en este enfoque (Hayes, 2004b).

Franks (1993) comenta que la terapia de conducta (TC) existe desde el comienzo de la "humanidad" puesto que los principios básicos del conductismo como el refuerzo y el castigo se han utilizado de manera intuitiva durante muchos años. Es a finales de los años 50 que se registran notables intentos de sistematizar estos principios formando el nacimiento de la TC como la conocemos hoy en día mediante también antecedentes teóricos como el condicionamiento clásico (Pavlov, 1927) el conductismo (Watson, 1913), la teoría del aprendizaje (Thorndike, 1913) o el condicionamiento operante (Skinner, 1938).

En los años 50-60 el desarrollo de la investigación en determinadas áreas dentro de la psicología y el rechazo a la corriente psicodinámica ayudó a formar el núcleo teórico de este nuevo enfoque surgiendo así la terapia de conducta como una nueva forma de entender y tratar trastornos del comportamiento (Agras y Berkowitz, 1996). Surge así entonces en la década de 1950 el nombre de la TC y así la primera generación que vino a fundar una nueva época para la psicología clínica sustentada en principios científicos dados sobre todo por la psicología del aprendizaje como un acto de rebelión contra los enfoques ya establecidos entre los que predominaba el psicoanálisis, surgiendo 2 paradigmas básicos ya mencionados. Uno sería el condicionamiento clásico donde se desarrollarían las técnicas de desensibilización sistemática (Eysenck, 1964) y de exposición (Wolpe y Lazarus, 1966), apropiadas para problemas clínicos de miedo, ansiedad y obsesiones y el otro el condicionamiento operante aplicado en contextos institucionales, a problemas de pacientes internos (Pérez, 2006).

Algunas de las primeras definiciones las hicieron autores como Eysenck (1964), que define la terapia conductual como "el intento de cambiar el comportamiento humano y la emoción en forma benéfica según las leyes de la moderna teoría del aprendizaje". También autores como Wolpe y Lazarus (1966)

afirmaban que “el objetivo de la terapia conductual es siempre cambiar hábitos que se consideran indeseables. El logro de este objetivo depende de la aplicación de una o más de las tres categorías de operaciones del condicionamiento.”

Después de la primera ola situaríamos la segunda generación en torno a 1970, donde emergió la terapia cognitivo conductual. Es en esta época donde se comienza a hablar de terapia de conducta cognitiva (TCC) donde aparte de existir la psicología del aprendizaje también lo hacia la del procesamiento de la información. La psicología cognitiva se puso a estudiar el guion entre el Estímulo y la Respuesta, entendida ahora a través de la metáfora del procesamiento de la información, el input y el output del cognitivismo haciendo que la TC se hiciese cognitivo-conductual donde se entendía que las cogniciones son las causas de los problemas emocionales y conductuales y que cada trastorno tiene su condición específica. El éxito de esta terapia fue adoptar el modelo médico de psicoterapia en vez de contextualista, holista y de caso individual pasando de un modelo ideográfico a nomotético (Pérez, 2006). Las principales críticas a la TCC eran que éstas pueden ser limitadas por la propia tendencia a estandarizar los casos, y a que se derivan de un enfoque en el que considera que todo aquello que genere malestar o produzca dolor ha de ser rápidamente erradicado o eliminado a través de todos los medios disponibles poniendo énfasis en el empleo de estrategias o técnicas de control (Mañas, 2007; Tai y Turkington, 2009).

Así pasaríamos a la tercera generación de la TC (TTG). Entre 1990 y 2004, una nueva generación originada del desarrollo del análisis de la conducta y del conductismo radical, y de las limitaciones de la terapia cognitivo-conductual (a pesar de sus reconocidas aportaciones), viniendo a ser un desarrollo del análisis funcional el cual estaba subdesarrollado en los comienzos de la TC. (Pérez, 2006). Según Hayes (Hayes et al., 2004) la tercera ola de terapias cognitivas y conductuales es sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, y no sólo a la forma. Así se enfoca en el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia del paciente y en el contexto. Los tratamientos de las TTG buscan la construcción de estrategias efectivas en lugar de centrarse en la eliminación o erradicación de los problemas resaltando aspectos que son relevantes tanto para el psicoterapeuta clínico como para la persona. Hayes afirma entonces, que en la tercera ola se reformula y sintetiza las generaciones previas de las terapia cognitivas y conductuales, llevándolas hacia cuestiones y asuntos principalmente dirigidos por otras tradiciones, a la espera de mejorar tanto la comprensión como los resultados.

Las aportaciones que han proporcionado las TTG se aprecian en las terapias concretas que la constituyen, las cuales tienen como principio terapéutico el abandono de la lucha contra los síntomas y en su lugar la reorientación de la vida (Pérez, 2006). En resumen, Las TTG conectan con procesos relacionados directamente con la aceptación psicológica; los valores, tanto de la persona como los del propio terapeuta; un proceder dialéctico durante el curso de la terapia, así como cuestiones relacionadas con la espiritualidad y la trascendencia (Mañas, 2007). se busca también cumplir diversos objetivos como abandonar el compromiso de utilizar exclusivamente cambios de primer-orden, utilizar estrategias de cambio más experimentales en lugar de emplear exclusivamente estrategias de cambio directas; así como ampliar y modificar de forma considerable el objetivo a tratar o cambiar (Hayes, 2004a).

En su surgimiento y reconocimiento oficial de las TTG en el 2004, Hayes mencionaba que hasta el momento se desconocía si la tercera ola de terapias resultaría más efectiva que la anterior ya que la literatura sobre las TTG era aún muy joven como para poder indicar algo, pero se contaba con importantes indicios de que marcarían un cambio positivo en las terapias del comportamiento (Hayes, 2004a).

Como bien nos resaltan Moreno (2012) y Pérez (2006), en la actualidad las TTG serían la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Psicoterapia Analítica Funcional, la Terapia de Conducta Dialéctica (DBT), la Terapia Conductual Integrada de Pareja, la Terapia de Activación Conductual, la Terapia de Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena (REBAP/MBSR), la Terapia Cognitiva con base en el estar atento (MBCT) y la Terapia basada en el estar atento (Mindfulness, MBI) y otras terapias variantes de la terapia cognitivo-conductual.

Hayes (Hayes, 2004a; Hayes et al., 2004) comenta también en este caso que esta sería la lista de terapias que él considera oficialmente como TTG y que en un futuro otras terapias podrían unirse en la formación de este grupo. Resalta la necesidad de reagrupar o reorganizar el gran número de terapias emergentes, así como la dificultad que entraña incluirlas en la clasificación. Por eso este autor utiliza la expresión "La Tercera Ola de Terapias de Conducta", para poder especificar este grupo de terapias que estaban dentro de un amplio abanico de terapias surgidas recientemente desde la tradición conductual. Como ejemplo, la Organización mundial de la salud (OMS) (World Health Organization, 2013) comenta que en 1987 surge el *Eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) la cual ha ganado terreno dentro del tratamiento del TEPT, pero que ha creado controversia para

muchos psicólogos ya que se puede decir que es una TTG, pero para otros psicólogos no lo es. De hecho, también existe una discusión acerca de si se considera una terapia cognitivo conductual enfocada en el trauma en la que los defensores del EMDR no lo consideran, pero los defensores de la TCC sí. Por lo que, a pesar de no estar catalogada como tal, muchos la consideran (Immédico, 2017; Marta Álvarez, 2023; Psicoterapia Integradora Somos, 2021; Recuperación emocional, 2013; UPAD psicología y Coaching, 2021). Se procede entonces a incluirla en la investigación, como si fuese una terapia de nueva generación que también ha generado controversia en cuanto a su eficacia empírica y por considerarse o no TTG/TCC.

Como punto final en el resumen para esta explicación antes de explicar estas terapias, hay que comentar que estas TTG ocupan técnicas que no se enfocan tanto en los síntomas del sujeto, sino en modificar su experiencia subjetiva y la conciencia de ella, de tal modo que los síntomas resulten al final, excesivos u obsoletos (Moreno, 2012).

### **2.1.1 Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)**

El "*eye movement desensitization and reprocessing*" que traducido al castellano es "Desensibilización por movimientos oculares y reprocesamiento" fue una técnica que descubrió de manera accidental la Dra. Francine Shapiro en 1987. Dicha doctora en sus estudios diferencia dos tipos de trauma. El trauma "T" y el trauma "t" (Shapiro, 2019).

La t mayúscula se refiere a aquellas vivencias en las que la vida del individuo se ha visto amenazada y por lo tanto es una vivencia bastante dolorosa. Estas vivencias van desde catástrofes naturales, abusos sexuales, accidentes etc. Lo que se entiende por t minúscula son las situaciones que no han supuesto un peligro para la vida, pero con su repetición puede acumularse hasta el punto de generar dicho trauma. Estas situaciones podrían ser acosos, sucesos estresantes, ansiedad etc. (Shapiro, 2019).

Shapiro propone entonces abordar estos traumas mediante la técnica de EMDR. Que proporciona un enfoque donde el trauma es visto como un trastorno de la memoria y que por ese mismo motivo hay un bloqueo en el sistema de procesamiento adaptativo de la información, lo cual impide integrar el recuerdo.

Actualmente el EMDR es de las técnicas más investigadas para el tratamiento del trauma y el TEPT. Hoy en día se considera una técnica eficaz que

permite revivir el trauma con un ambiente de seguridad donde se le da al paciente una mirada validadora que no tuvo en el momento. Facilitando así el acceder a dichos recuerdos y procesarlos. Aunque según la sociedad de psicología clínica su eficacia es un tema controvertido entre investigadores ya que dicha evidencia se puede interpretar de diversas formas (Society of Clinical Psychology).

La técnica tiene un protocolo de actuación formado de 8 fases (Shapiro, 2019).

- Fase 1: Historia Clínica y Plan de Tratamiento  
Primera toma de contacto con el paciente. Recogida de datos por entrevista. Se establecen objetivos para alcanzar y evaluamos la capacidad
- Fase 2: Preparación  
Preparar a la persona para la sesión, informar sobre el procedimiento y escoger la estimulación que se va a utilizar (ocular, táctil o auditiva). Se acuerda también una señal para parar o la identificación de un lugar seguro al que acceder si hay sensaciones muy intensas. También se explican posibles efectos secundarios de la sesión y se firma un consentimiento informado
- Fase 3: Evaluación  
Definición del foco del trabajo, el sujeto identifica la imagen más traumática del suceso y la cognición negativa asociada para así registrar una cognición positiva que será la que se usará para remplazar la negativa en la fase 5
- Fase 4: Desensibilización  
Se aplica la técnica específica de EMDR donde el paciente realiza gran parte del trabajo.
- Fase 5: Instalación  
Se ancla la cognición positiva para remplazar la negativa.
- Fase 6: *Body Scan* o Chequeo Corporal  
Se practica un enfoque corporal donde se evalúa si hay algún tipo de molestia. Si no hay se realizan procesos cortos de estimulación. Si hay, se realizan procesos largos para ver si el recuerdo ha sido procesado.
- Fase 7: Cierre  
Se lleva al paciente a un estado emocional equilibrado.
- Fase 8: Reevaluación  
Se evalúan los aspectos trabajados para ver si los efectos que se han logrado se han mantenido o aún queda algún aspecto por procesar

### **2.1.2 Terapia aceptación y compromiso (ACT)**

Según Hayes (Hayes, 2004a) La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) es la más completa de las incluidas en la Tercera Generación de Terapias de Conducta. Es una forma de terapia psicológica que se centra en ayudar a las personas a aceptar las emociones y pensamientos negativos que experimentan, influir con acciones que les permiten vivir una vida más plena y significativa. En resumen, es una psicoterapia basada en la atención plena, la aceptación y los valores basada en las tradiciones conductuales y cognitivas conductuales (Hayes et al., 1999).

Algunas de las características principales son (Soriano et al., 2006):

- Parte de un marco global de referencia sobre las ventajas y desventajas de la condición humana
- Mantiene una filosofía contextual-funcional
- es coherente con un modelo funcional sobre la cognición y el lenguaje (la Teoría del Marco Relacional)
- Sustenta una perspectiva nueva de la psicopatología en la que resulta central el concepto funcional de evitación experiencial destructiva.

El principal objetivo de la terapia ACT es que el paciente pueda transformar el cómo se relaciona con sus experiencias internas aversivas para que ya no las perciba como un síntoma sino como sucesos psicológicos no ofensivos. La creencia es que libera al paciente a la hora de involucrarse en una lucha con sus experiencias internas y les permite tener flexibilidad, la capacidad de participar en actividades valiosas al tiempo que deja espacio para experiencias internas angustiosas o no deseadas (Hayes et al., 2006).

El progreso en terapia no solo se mide por la reducción del síntoma. Sino por una disminución de la evitación experiencial, un aumento de la voluntad de permanecer en contacto con experiencias internas aversivas y un aumento de la acción guiada por valores y la calidad de vida (Harris, 2006).

Según Harris (Harris, 2009) la ACT como modelo de tratamiento utiliza metáforas, paradojas, habilidades de atención plena, ejercicios experienciales e intervenciones conductuales guiadas por valores. La intervención está enfocada en aumentar la aceptación por parte del cliente de las experiencias internas aversivas y el compromiso de emprender acciones guiadas por valores.

En la ACT existen seis procesos centrales: aceptación, difusión, yo como contexto, contacto con el momento presente, valores y acción comprometida.

### **2.1.3 Terapia dialéctico conductual (DBT)**

La terapia dialéctica conductual (DBT por sus siglas en inglés) es un tratamiento desarrollado por Marsha M. Linehan para pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) y múltiples conductas suicidas (Linehan, 1993). Según un estudio de 2012, la DBT cuenta con la mayor evidencia empírica hasta la fecha en el tratamiento del TLP, con 11 estudios controlados y más de 570 pacientes aleatorizados (Winterling et al., 2012).

Según Stoffers (2012) la DBT es eficaz en la reducción de la rabia, el comportamiento suicida, las conductas parasuicidas, la psicopatología asociada al trastorno, la ansiedad y el aumento de la salud mental en general.

La DBT combina la terapia cognitivo-conductual (TCC) con principios que provienen del mindfulness y se enfoca tanto en el cambio conductual como en la aceptación y la validación. Pretende entonces proveer un marco que permita lograr una síntesis entre el cambio y la aceptación. También, para organizar el tratamiento se establecen unas prioridades basadas en el nivel de severidad de la problemática del paciente. De esta forma, se establece una jerarquía que guía al terapeuta para saber qué tratar y cuándo tratarlo. La terapia se estructura en torno a cuatro modos de intervención: terapia individual, entrenamiento en habilidades, llamadas telefónicas y grupo de consulta para terapeutas (Linehan, 1993).

Básicamente y, en resumen, la DBT es una terapia efectiva para el tratamiento del TLP y conductas suicidas. También establece prioridades en el tratamiento y se estructura en cuatro modos de intervención para guiar al terapeuta. A pesar de estar enfocada en estos aspectos, se han descubierto otros usos y aplicaciones clínicas para el TEPT (Reutter, 2019).

### **2.1.4 Intervenciones basadas en mindfulness (MBI, Mindfulness)**

Son muchos los autores que han descrito la atención plena (Mindfulness) como por ejemplo Segal, Williams y Teasdale o Kabat-Zinn (Kabat-Zinn, 2021; Segal et al., 2012). El campo de la atención plena ha avanzado, pero aún no ha tenido una definición operativa. Tampoco ha habido los esfuerzos necesarios para establecer los criterios definatorios de sus diversos componentes y para especificar los procesos psicológicos implicados. Aunque si pudiésemos quedarnos con alguna

definición sería la de Kabat-Zinn (Kabat-Zinn y Hanh, 2009) que entiende el mindfulness como "estado que implica la conciencia que emerge al prestar atención de forma deliberada, en el momento presente y sin juicio". Otra forma de poder entender el mindfulness es la definición que realiza Bishop donde define la atención plena como un proceso que implica la autorregulación de la atención, de forma que sea mantenida en la experiencia inmediata, acompañada de una actitud de amabilidad y aceptación (Bishop et al., 2004).

La meditación, mindfulness o atención plena puede practicarse de diferentes formas. La persona puede mantener una postura sentada erguida, ya sea en una silla o con las piernas cruzadas en el suelo. Luego mantiene la atención en un aspecto o foco en particular, a lo que se suele prestar más atención es a las sensaciones somáticas de la propia respiración. Cada vez que la atención se desvía de la respiración a los pensamientos y sentimientos inevitables que surgen, la persona solo los ha de notar y luego "dejarlos ir" mientras su atención regresa a la respiración. Este proceso se repite cada vez que la atención se aleja de la respiración. A medida que se practica la meditación, se hace hincapié en simplemente tomar conciencia de lo que sea que pase por la mente y aceptar cada aspecto, imagen o pensamiento sin emitir juicios al respecto sin ir más allá y sin necesidad de acción (Kabat-Zinn y Hanh, 2009; Segal et al., 2002).

Las habilidades de atención plena se enseñan como un medio para notar pensamientos y sentimientos angustiantes y desarrollar la habilidad de estar en el presente. También para mantener las experiencias en la conciencia y cultivar la aceptación y la autocompasión para romper las redes asociativas y compensar el riesgo de recaída del síntoma, cognición negativa o trastorno en cuestión (Segal et al., 2002).

Es así como estos autores comentan que se anima a la persona que practica la meditación a usar el mismo enfoque fuera de esta práctica en la vida cotidiana tanto como sea posible, trayendo de vuelta la conciencia al aquí y ahora durante el transcurso del día, usando la respiración como ancla, cada vez que lo necesite o desee. Esto es entonces lo que nos conduce a un estado de atención plena.

Desde este punto parten las intervenciones basadas en mindfulness (MBI, por sus siglas en inglés) donde el objetivo es el entrenamiento del mindfulness, entendido como una habilidad psicológica para desarrollar capacidades (Kabat-Zinn y Hanh, 2009). El MBI se originó con adultos en entornos médicos durante la década de 1970. Existen diferentes terapias. entre las intervenciones basadas en mindfulness tenemos el primer desarrollo de una MBI que fue conocido como

programa de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR por sus siglas en inglés)(Kabat-Zinn y Hanh, 2009) que resultó ser útil para ayudar a sobrellevar mejor enfermedades crónicas y el dolor (Grossman et al., 2004). A lo largo de los años se generalizó y se crearon nuevos enfoques de intervención formalizados como la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT por sus siglas en inglés)(Segal et al., 2012), y el programa de prevención de recaídas basado en mindfulness (MBRP por sus siglas en inglés) (Bowen et al., 2009; Witkiewitz et al., 2013). Aparte de estas terapias básicas que se desarrollaran a continuación existen otros programas y terapias desarrollados en base a la primera MBI o prácticas de mindfulness en general donde se aplican técnicas o prácticas como la meditación, el *body scan*, el yoga, la meditación sentada, la alimentación consciente etc. (Barceló et al., 2018; Sociedad Mindfulness y salud).

#### **2.1.4.1 Reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR)**

El Programa de Reducción del Estrés basado en Mindfulness (MBSR) se desarrolló durante 1990 y su uso se generalizó en entornos clínicos y en la población (Segal Z. V. et al., 2002). Tiene un formato grupal y una duración de aproximadamente 8 sesiones de 2 horas y media incluyendo practicas diarias de meditación. El principal objetivo de esta terapia es reducir el estrés, el malestar físico, psicológico y la reactividad emocional (Barceló et al., 2018).

#### **2.1.4.2 Terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT)**

La terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT) se desarrolló como un programa manual de entrenamiento de habilidades grupales que abordaría la vulnerabilidad entre episodios de depresión mayor recurrente. Es una intervención terapéutica que combina técnicas de meditación y mindfulness (atención plena) con elementos de la terapia cognitivo-conductual para la depresión (Segal et al., 2002; Williams et al., 2007).

Por lo tanto, esta dimensión de la atención plena en la MBCT implica enfrentarse a los pensamientos y sentimientos angustiantes con amabilidad, empatía, ecuanimidad y paciencia y se cree que es crucial para el proceso de cambio (Kuyken et al., 2010).

Esta combinación entre TCC y mindfulness se basa en la idea de que el sufrimiento emocional surge de la interacción entre los patrones de pensamientos automáticos y la falta de atención plena. Es por eso por lo que al interrumpir estos

patrones se pueden reemplazar por pensamientos más adaptativos. En resumen, la TCC aplica integración de técnicas cognitivas y la atención plena previene las recaídas en un futuro (Segal et al., 2012).

## **2.2 Trastorno por estrés postraumático**

El origen etimológico de la palabra trauma procede del griego y significa herida. En un principio se relacionaba su significado con determinados acontecimientos violentos externos que podían dañar físicamente. Con el paso del tiempo, el concepto de trauma ha ocupado un lugar central en las teorías sobre la enfermedad y salud mental del siglo XIX. Autores como Charcot, Freud y Bleuler focalizaron este tema en sus primeros escritos, reelaborando así, el concepto de trauma hacia el enfoque de una reacción de tipo emocional que podía dejar una impresión de larga duración en el inconsciente. Después de dichos escritos surgió un nuevo interés por este concepto con el surgimiento de las neurosis de guerra, al reconocimiento de la prevalencia del abuso sexual infantil y de la violencia de género y su impacto en el desarrollo del bienestar psicológico (Blanco y Geijo, 2012).

Como comenta Crittenden (1998), El trauma es en sí una experiencia extrema de indefensión y pérdida de control sobre uno mismo, que genera una fuerte sensación de desamparo y la visión del mundo como un algo difícil de prever, amenazador y violento que lleva a una persona a cuestionarse su sensación de seguridad sintiendo indefensión y abandono. De esta manera el trauma sería como un continuo de respuestas del individuo a la amenaza que siente, que va desde el cómo se puede adaptar hasta la indefensión aprendida en la que cesan aquellos intentos por protegerse.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es entonces una condición mental que se caracteriza por la aparición de una serie de síntomas característicos que siguen a la experiencia directa, observación u conocimiento extremo de uno o varios sucesos traumáticos a los que la persona respondió con miedo, impotencia u horror, lo que podría ser por ejemplo experimentar una situación de guerra, amenaza, asalto, cualquier tipo de agresión etc. (American Psychiatric Association, 2013).

Según el manual diagnóstico DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) "La presentación clínica del TEPT varía según el individuo ya que alguna se basa en la reexperimentación del miedo, y pueden predominar los síntomas emocionales y de comportamiento. En otros serían más angustiosos la

anhedonia o los estados de ánimo disfóricos y las cogniciones negativas. En otros individuos sobresalen la excitación y la externalización de los síntomas reactivos, mientras que en otros predominan los síntomas disociativos. Por último, algunos individuos presentan combinaciones de estos patrones de síntomas.”

En el DSM-5 se considera que la persona que experimenta un acontecimiento estresante puede llegar a presentar un seguido de síntomas como la ansiedad, alerta excesiva o la intrusión. Cuando dichos síntomas actúan como impedimento para poder llevar a cabo una vida normal es cuando se habla de trastorno de estrés. Es por ello por lo que hace falta atender a diferentes criterios diagnósticos para diferenciar lo que es un trastorno por estrés agudo en el que aparecen los síntomas de 3 días a 1 mes o el trastorno por estrés postraumático donde la sintomatología persiste durante un tiempo mayor (American Psychiatric Association, 2013).

Es por eso por lo que el DSM-5 proporciona un apartado con criterios diagnósticos aplicados a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. (en el caso de los niños menores de 6 también) para poder diagnosticar dicho trastorno a aquellas personas que los cumplan. El TEPT cumple criterios diagnósticos como la presencia de uno o más síntomas de intrusión que comienzan después de un suceso traumático, evitación de estímulos relacionados al suceso, alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo, alteración de la alerta y reactividad y si la duración de dichos síntomas es superior a un mes. Para más profundidad se pueden consultar los criterios en su máxima extensión en el ANEXO 1.

### **2.2.1 Prevalencia y factores de riesgo**

La APA también comenta otros aspectos (2014). Por lo que respecta a la prevalencia, se sabe que en estados unidos la prevalencia anual se sitúa en el 3,5% aunque en Europa se estima más bajo siendo alrededor de un 0,5% a un 1%. También puede variar según la edad ya que las personas adultas tienen una prevalencia más alta que adolescentes o gente mayor debido también a posibles factores de riesgo; que son aspectos que pueden determinar la facilidad o no de padecer un trastorno de estrés debido a una situación estresante.

Respecto a los factores de riesgo los podemos clasificar según:

- Factores pre-traumáticos, antes del suceso del trauma (genéticos y fisiológicos, temperamentales o ambientales)
- Factores peri-traumáticos, relacionados con el trauma (ambientales)

- Factores postraumáticos, después del suceso del trauma (temperamentales y ambientales)

Para más información consultar el ANEXO 1.

### **2.2.2 Sintomatología**

El TEPT viene seguido de una sintomatología presentada en el trastorno de estrés agudo. Suelen ser síntomas de intrusión como recuerdos o sueños angustiosos relacionados con el trauma, estado de ánimo negativo, síntomas disociativos, síntomas de evitación o de alerta (APA, 2014).

La sintomatología del trastorno de estrés agudo, como se ha comentado anteriormente se da a los 3 días del suceso traumático, y si no remite tras un mes ya empezamos a hablar de TEPT. La sintomatología que caracteriza al TEPT son síntomas de intrusión, alteración de la reactividad, desrealización y despersonalización, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo negativas y evitación persistente de estímulos relacionados con el trauma (APA, 2014).

La duración de los síntomas en el 50% de los adultos es de unos tres meses aproximadamente, el resto pueden permanecer sintomáticos hasta 12 meses o incluso años (APA, 2014).

Esta sintomatología se encuentra más detallada en el ANEXO 1.

### **2.2.3 Tratamiento actual para el TEPT**

Según la *Society of Clinical Psychology* (2020) actualmente existen diferentes tratamientos psicológicos que se utilizan en el presente para el trastorno por estrés postraumático:

- la Terapia de Procesamiento Cognitivo (CPT): Es una terapia cognitiva que se enfoca inicialmente en la pregunta de por qué ocurrió el trauma y luego los efectos del trauma en las creencias de los clientes sobre sí mismos, los demás y el mundo mediante el uso de hojas de trabajo progresivas. La premisa básica es cambiar el contenido de las cogniciones sobre un trauma puede afectar las respuestas emocionales y conductuales al trauma en 12 sesiones aproximadamente
- El EMDR ya comentado anteriormente
- La Terapia Centrada en el Presente (TCP): Es un tratamiento no centrado en el trauma para el PTSD. Los principales mecanismos de cambio desde una perspectiva centrada en el presente se basan en la alteración de los

- patrones/comportamientos de relación desadaptativos presentes, brindar psicoeducación sobre el impacto del trauma en la vida del cliente, y enseñar el uso de problemas. estrategias de resolución que se centran en problemas actuales (Classen et al., 2011; McDonagh et al., 2005; Schnurr et al., 2003).
- La Terapia de Exposición Prolongada (EP): Consiste en exposiciones imaginarias, que implican contar el recuerdo traumático y procesar la experiencia de revisión, así como exposiciones en vivo en las que el cliente se enfrenta repetidamente a estímulos relacionados con el trauma que eran seguros pero que antes evitaba. La premisa básica es la exposición repetida a pensamientos, sentimientos y situaciones relacionados con el trauma puede ayudar a reducir el poder que tienen para causar angustia en 8-15 sesiones aproximadamente
  - El *psychological debriefing*: versión formal para brindar apoyo emocional y psicológico inmediatamente después de un evento traumático; el objetivo es prevenir el desarrollo del trastorno de estrés postraumático y otras secuelas negativas.
  - Entrenamiento de inoculación de estrés: Se utiliza para enseñar habilidades de afrontamiento para manejar el estrés y la ansiedad.
  - Terapia de resolución acelerada (ART): Se realizan de 1 a 5 sesiones. Esta terapia incorpora principios de varias formas de psicoterapia para reducir los efectos del trauma y otros factores estresantes psicológicos. Fomenta la recuperación rápida al cambiar la forma en que el cerebro almacena recuerdos e imágenes traumáticas. Este enfoque puede aliviar las fuertes reacciones físicas y emocionales asociadas con el estrés postraumático.

Aparte de estos tratamientos la *Society of Clinical Psychology* (2020) también menciona la existencia de ciertos medicamentos que pueden ser útiles para el TEPT. Dichos fármacos se ofrecen de forma complementaria a la psicoterapia para paliar síntomas de patologías asociadas como la depresión. Entre estos medicamentos pueden estar los antidepresivos (utilizados comúnmente) o los antipsicóticos para aquellos que no les funcionan los antidepresivos o la psicoterapia (Hetrick et al., 2010).

#### **2.2.4 Tratamiento habitual TEPT vs TTG**

Cabe destacar que la sociedad de psicología clínica también comenta que existen otros tratamientos psicológicos que también pueden ser efectivos para tratar el TEPT, pero no han sido evaluados con el mismo rigor científico como los tratamientos anteriores comentados en este punto. Pero, de hecho, la mayoría de

los tratamientos típicos para el TEPT comentados, surgieron relativamente hace poco tiempo (Society of Clinical Psychology, 2020). Es por eso por lo que a pesar de disponer de todos estos tratamientos se pretende evaluar las TTG, ya que, aunque por ejemplo la TCP, la TPC o cualquier TCC pueda ser efectiva y este demostrada su validez actualmente no quiere decir que una TTG pueda ser igual de efectiva o mayor e incluso genere beneficios en un tiempo más corto a los demás. Es por ello por lo que este trabajo puede generar un interés y pretende ir hacia este campo por lo que respecta el abordaje del TEPT.

### 3. Objetivo e hipótesis

Se procede entonces a realizar una revisión sistemática con el objetivo principal de evaluar la eficacia de terapias de tercera generación tales como la terapia de aceptación y compromiso (ACT), la terapia dialéctico conductual (DBT), la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) y el mindfulness (MBI, Mindfulness) en el tratamiento del estrés postraumático (TEPT). Investigando la literatura recogida de artículos científicos que han sido publicados en diferentes bases de datos para llegar a una serie de valoraciones, comparaciones y conclusiones en relación con el ámbito psicoterapéutico.

Aquellos objetivos específicos para llevar a cabo el principal son:

1. Revisar la evidencia empírica disponible respecto a intervenciones psicoterapéuticas de modelos de terapia de tercera generación como ACT, DBT, EMDR y MBI/mindfulness para el tratamiento del TEPT.
2. Analizar la eficacia de las intervenciones terapéuticas en términos de disminución de los síntomas relacionados con el TEPT, así como su futuro potencial.
3. Identificar fortalezas y limitaciones de las intervenciones psicoterapéuticas de tercera generación en el tratamiento del TEPT.

En cuanto a las hipótesis para este trabajo vendrían a ser que tanto el EMDR, ACT, DBT y MBI pueden resultar efectivas para el tratamiento del TEPT y su sintomatología debido a la creciente popularidad de estas terapias y a que por ejemplo el EMDR trabaja sobre el trauma (Francine Shapiro, 2019) y ha demostrado cierta eficacia según la *society of clinical psychology* (2020). Mientras que tanto la ACT, DBT y las MBI tienen ciertos fundamentos sobre el mindfulness el cual se comenta también que puede resultar beneficioso para la sintomatología del TEPT (Follette et al., 2006). Faltará ver si las diferentes técnicas, principios e intervenciones que aportan cada una de las terapias de tercera generación también aportan algo más a esa eficacia en base a su abordaje.

## 4. Metodología

En este apartado se procede a describir de forma detallada la metodología realizada a lo largo de la realización de la revisión sistemática y búsqueda de la literatura.

### 4.1 Protocolo de revisión

Si bien existen revisiones sobre las TTG en los años anteriores, también se plantearon su eficacia para según que trastornos en base al DSM-5 como por ejemplo el trastorno de conducta alimentaria o la depresión, pero no se ha encontrado que haya una revisión sobre las TTG para el TEPT planteadas en su conjunto en esta revisión, aunque si las hay por separado en algunos casos. Por lo tanto, en la presente se espera aportar esta novedad, así como también un estado de actualidad incluyendo así investigaciones actuales que sean posteriores a enero de 2013.

### 4.2 Bases de datos

La búsqueda en bases de datos se realizó durante finales de febrero y el mes de marzo de 2023, principalmente en bases de datos electrónicas las cuales son Web of Science (WOS), PsycInfo, PubMed y Scopus. Entre los motivos por los cuales estas fuentes fueron escogidas fueron el fácil acceso a sus metabuscadores gracias a la biblioteca de la propia Universidad de Vic-UCC y su amplia colección de diferentes recursos destacando por ejemplo la base de datos MEDLINE en WOS o ProQuest en PsycInfo.

### 4.3 Búsqueda

Con la intención de poder encontrar la más amplia búsqueda y optimizar la precisión de la búsqueda se establecieron las palabras clave "*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*", "*Acceptance and Commitment Therapy*", "*Dialectical Behavior Therapy*", "*Mindfulness Based Intervention*". Se combinó con las palabras clave "*Post-traumatic stress disorder*", "*Posttraumatic stress disorder*" y finalmente se combinó con la palabra clave "*Efficacy*".

Los parámetros de búsqueda por lo tanto quedaron y se establecieron de la siguiente forma:

A.1. "*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*" AND "*posttraumatic stress disorder*" AND "*Efficacy*"

A.2. *"Eye Movement Desensitization and Reprocessing" AND "Post-traumatic stress disorder" AND "Efficacy"*

B.1. *"Acceptance and Commitment Therapy" AND "posttraumatic stress disorder" AND "Efficacy"*

B.2. *"Acceptance and Commitment Therapy" AND "Post-traumatic stress disorder" AND "Efficacy"*

C.1. *"Dialectical Behavior Therapy" AND "posttraumatic stress disorder" AND "Efficacy"*

C.2. *"Dialectical Behavior Therapy" AND "Post-traumatic stress disorder" AND "Efficacy"*

D.1. *"Mindfulness Based Intervention" AND "posttraumatic stress disorder" AND "Efficacy"*

D.2. *"Mindfulness Based Intervention" AND "Post-traumatic stress disorder" AND "Efficacy"*

A continuación, se detalla la estrategia llevada a cabo para acotar resultados y ser más preciso:

- La introducción de las palabras clave se asociaron al campo *TITLE* y *ABSTRACT*.
- Se limitó la búsqueda para los últimos 10 años (1/1/2013 al 1/1/2023)
- Los idiomas que se seleccionaron fueron español, inglés y catalán.
- Se filtraron los resultados para evitar libros, tesis doctorales y otras revisiones sistemáticas
- Se filtro la búsqueda para que solo salieran estudios realizados en adultos

## 4.4 Criterios de selección

En base al objetivo de la investigación se tuvo en cuenta ciertos criterios de selección. Atendiendo así a la eficacia de un tipo de TTG para el TEPT se consideraron importantes los siguientes aspectos:

Criterios de inclusión:

- Estudios realizados hace 10 años, entre el 1 de enero de 2013 y el 1 de enero de 2023
- Estudios originales
- Artículos publicados en español, catalán o inglés
- Estudios llevados a cabo en población adulta (+ de 18 años)
- Muestras de personas con diagnóstico de TEPT
- Intervención: EMDR, ACT, DBT, MBI o derivadas de estas

Criterios de exclusión:

- Todo tipo de revisiones sistemáticas y metaanálisis
- Libros o tesis doctorales
- Estudios en los que se administran sustancias o fármacos a la vez que la intervención

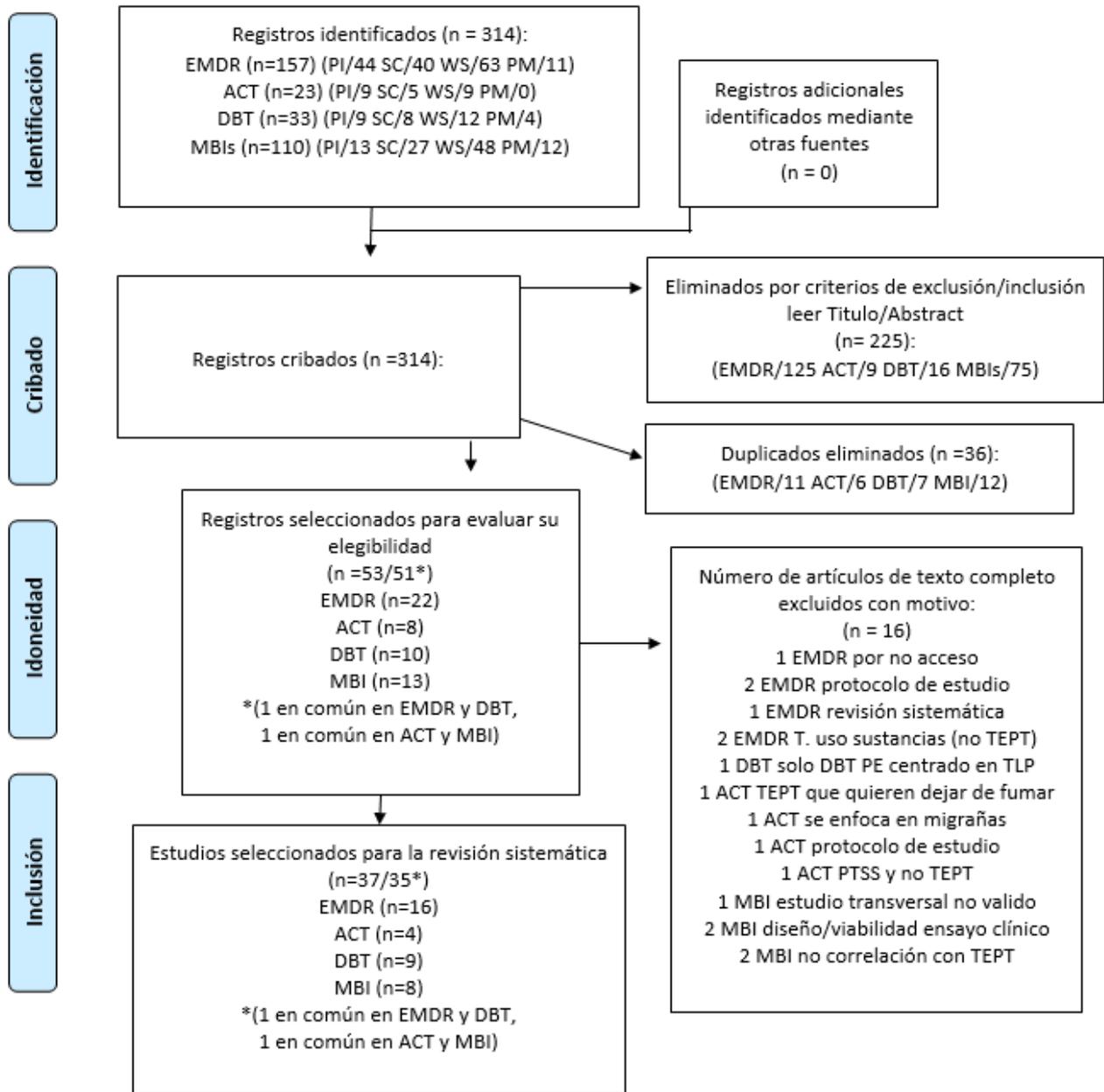
## 4.5 Selección de la literatura científica

Siguiendo la estrategia anterior se obtuvieron 314 resultado en total del conjunto de todas las TTG y las bases de datos consultadas. Después se cribaron eliminando duplicados y publicaciones que no se relacionaban con la temática. Para poder realizar eso se leyeron el título y el resumen de los documentos y si se consideraba que no tenía relación con la eficacia de al menos una TTG para tratar el TEPT se descartaban. Después de eso se procedió a analizar el texto completo de cada artículo cribado excluyendo así otros documentos que, por diferentes motivos como no aportar información necesaria a la investigación, se han descartado. Dichos motivos son que se encontraron, protocolos de estudio, revisiones sistemáticas, artículos enfocados en trastorno de uso de sustancias y TEPT pero que no se enfocaban en la eficacia en el TEPT y otros artículos en los que no se trataba el TEPT. Es así como finalmente han quedado un total de 35 publicaciones. A continuación, se muestra una figura siguiendo la metodología PRISMA del diagrama de flujo de decisiones seguidas hasta llegar a los artículos seleccionados.

Figura 1: Diagrama de flujo según metodología PRISMA



**PRISMA 2009 Diagrama de Flujo (Spanish version - versión española)**



Fuente: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(8): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Para más información, visite: [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org).

## 5. Resultados

Para el análisis de resultados se realizó la revisión sistemática de un total de 35 artículos los cuales se obtuvieron mediante las bases de datos Pubmed, PsycInfo, Web of science y Scopus ya mencionadas anteriormente. Después se procedió a realizar tablas en base a categorías para poder identificar correctamente los principales hallazgos de cada estudio.

Las categorías se dividen en: autores, muestra, protocolo de terapia, condición de control (si existe), principales resultados y conclusiones. Todas estas tablas se organizan de manera individual para cada tipo de terapia de tercera generación ordenadas alfabéticamente por autores existiendo así 4 tablas, una para EMDR con 16 artículos, otra para ACT con 4, otra para DBT con 9 y otra para MBI 8.

Cabe especificar como se puede ver en el diagrama de flujo, que uno de los aspectos que se han encontrado es que existen coincidencias con artículos que se encuentran en más de una tabla, es decir que se encuentran en 2 tablas respectivamente. Un artículo es común entre EMDR y DBT, y otro en ACT y MBI. Por lo que la suma de los artículos es de 37 respectivamente, pero en lo que respecta a su análisis se lleva a cabo la revisión de un total de 35.

## **5.1 Características generales de los estudios**

### **5.1.1 Características de los estudios de eficacia de la EMDR**

Para evaluar la eficacia de la terapia EMDR se han revisado un total de 16 artículos, dentro de las 4 terapias propuestas a evaluar su eficacia es la terapia con más resultados. Entre los artículos podemos encontrar muestras de 9 personas hasta 331, entre estas muestras hay pacientes con TEPT, con trastorno psicótico y TEPT, TLP y TEPT, personas con cáncer, personas afectadas por violencia sexual y doméstica, personal militar, refugiados, discapacitados intelectuales. Por lo que respecta los protocolos se realizan un número determinado de sesiones o intensivos que van desde realizar de 2 a 12 sesiones siendo las más comunes de 8 sesiones o 12, junto con evaluaciones en algunos casos pre-post y durante. Un total de 5 artículos no tienen condición de control mientras que en los 11 restantes tenemos tratamientos habituales, terapia de exposición prolongada, tratamientos antidepressivos, listas de espera, terapias cognitivo-conductuales e incluso el mismo EMDR donde se destaca un estudio que valora si la intervención con movimientos oculares es realmente efectiva y genera resultados significativos en el individuo en comparación con el mismo EMDR sin dicho ejercicio.

En resultados se puede observar como una mayoría de artículos (en total 12 de 16) mencionan que las puntuaciones de gravedad disminuyen significativamente e incluso en algunos casos los pacientes ya no cumplían con los criterios de TEPT. También se observa la disminución en síntomas de ansiedad y depresión. Aunque en un artículo se menciona que la presencia y gravedad de un trastorno depresivo previo al tratamiento predijo una mala respuesta al tratamiento (Haagen et al., 2017). En comparación con tratamientos habituales se habla en varios artículos de que el EMDR es significativamente más efectivo y que se necesitó menos tiempo para abordar la sintomatología. En otros casos como el de Ter Heide (2016) se comenta que no se encontraron diferencias entre la eficacia del EMDR y otros tratamientos habituales. También se menciona en otros artículos que la terapia de exposición prolongada tiene una eficacia igual al EMDR (De Bont et al., 2013), que el EMDR combinado con DBT también (Snoek et al., 2020) y que no hay diferencias significativas entre la EMDR con movimientos oculares (EM) en comparación con la del EMDR sin estos movimientos.

Tabla 1: Resultados de los artículos seleccionados para EMDR

Autores	Muestra	Protocolo de la terapia	Condición de control	Resultados	Conclusiones
Acarturk et al., 2016	70 refugiados adultos ubicados en el campamento de refugiados de Kilis EMDR→37 WL→33	2 a 5 sesiones + evaluación pre y post de 1 y 5 semanas después de la intervención	WL	Efecto significativo del grupo en el postratamiento, EMDR reducción significativamente mayor de los síntomas de TEPT.	EMDR puede ser eficaz para reducir el TEPT y los síntomas de depresión entre los refugiados sirios con TEPT ubicados en un campo de refugiados.
Bae et al., 2018	14 adultos con TEPT que continuaron sintomáticos después de más de 12 semanas de tratamiento antidepresivo inicial	Administración semanal con un promedio de 6 sesiones en total	Tratamiento antidepresivo	50 % mostraron una disminución de más del 30 % en la puntuación y el 57 % ya no cumplían con los criterios para TEPT.	EMDR podría agregarse con éxito para el TEPT.
Brickell et al., 2015	65 personas del personal militar en servicio activo.	4 a 8 aprox. sesiones de EMDR por participante	-	Después del tratamiento con EMDR indicaron una mejora significativa	Eficacia del uso de TEPT-EBT en el tratamiento de poblaciones militares activas en general y EMDR en particular.
Capezzani et al., 2013	31 pacientes oncológicos con TEPT en fase de seguimiento: fase tratamiento EMDR→10, etapa de seguimiento EMDR→11, etapa seguimiento TCC→10	8 sesiones de tratamiento semanales independientemente del tipo de tratamiento recibido y del estadio de la enfermedad	TCC	EMDR significativamente más eficaz que la TCC. Ansiedad y depresión mejoraron por igual en ambos grupos	EMDR misma eficacia tanto en el tratamiento activo del cáncer como durante seguimiento de la enfermedad.
Carletto et al., 2019	Treinta pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y TEPT  EMDR→15 TAU→15	TAU 4 sesiones de terapia de apoyo, una cada dos semanas durante un período de dos meses.  EMDR 10 sesiones durante un período que varió entre dos y tres meses.	TAU	Pacientes EMDR ya no cumplían los criterios de TEPT, TAU mantuvo diagnóstico. Disminución significativa de los síntomas depresivos solo en EMDR, ansiedad se mantuvo estable en todos.	La eficacia de la terapia EMDR para reducir el TEPT relacionado con el cáncer está respaldada por hallazgos clínicos y neurobiológicos.

De Bont et al., 2013	10 pacientes con trastorno psicótico y TEPT  5→PE 5→EMDR	20 evaluaciones semanales de síntomas TEPT y 12 evaluaciones semanales de eventos adversos durante el tratamiento	PE	EMDR es igual que PE	Tratamiento de PE y EMDR redujeron significativamente la gravedad de los síntomas del TEPT
Haagen et al., 2017	72 refugiados remitidos para tratamiento especializado	12 h de EMDR o 12 h de estabilización	TAU	La presencia y gravedad de un trastorno depresivo previo al tratamiento predijo una mala respuesta al tratamiento.	Los pacientes refugiados que sufren de TEPT y depresión comórbida severa se benefician menos del tratamiento dirigido a aliviar el TEPT. Los resultados destacan la necesidad de adaptaciones del tratamiento para el TEPT y la depresión grave comórbida en refugiados traumatizados
Karen y Roberts, 2018	35 participantes con varios tipos de cáncer.	1 sesión de admisión psicoeducativa individual, dos sesiones de EMDR G-TPE de 90 minutos en días consecutivos. evaluaciones antes, después y durante.	-	Resultados mantenidos durante seguimiento. Dif. significativas en síntomas TEPT, ansiedad y depresión.	No se reportaron efectos adversos serios y se concluye que el EMDR G-TPE puede ser efectivo y seguro en el tratamiento psicológico de una población oncológica.
McLay et al., 2016	331 miembros del servicio militar: EMDR→46 no recibió→285	1 a 10 sesiones según necesidad. Variable clasifica frecuencia de sesiones según individuo: 1-3 sesiones, 4-6 sesiones, 7-10 sesiones, o más de 10 sesiones	Psicoterapia sin EMDR	EMDR tuvo menos sesiones de terapia, obtuvieron mejores resultados en sus puntajes que las personas que no recibieron EMDR	estos hallazgos brindan más apoyo para el uso de EMDR en miembros del servicio militar con TEPT
Schwarz et al., 2020	21 mujeres que experimentaron trauma debido a violencia sexual o doméstica.	8 sesiones de EMDR, evaluaciones previas y posteriores, y una entrevista en persona	-	Mejora clínica y estadísticamente en cuatro medidas de salud mental. Alivio significativo de la ansiedad y los síntomas depresivos y los efectos de los recuerdos traumáticos.	EMDR es una modalidad de tratamiento eficaz para sobrevivientes de violencia sexual y doméstica y resaltan la necesidad de su inclusión en los programas de educación de consejeros.
Snoek et al., 2020	126 participantes entre 18 y 65 años: tratamiento integrado EMDR-DBT→63 grupo tratamiento EMDR solo→63.	12-18 sesiones de tratamiento en un período de 12-18 semanas. El grupo de EMDR-DBT también 6 sesiones de pretratamiento 48 sesiones de DBT grupal+24 sesiones de coaching DBT individual.	EMDR	EMDR es igual que EMDR-DBT en síntomas de TEPT y TLP	La terapia EMDR sola y la terapia EMDR integrada con DBT fueron ambas efectivas en el tratamiento de pacientes con TEPT y TLP.

Susanty et al., 2022	91 pacientes adultos con TEPT: EMDR→47 recuperación→44	EMDR mínimo de cuatro a un máximo de seis sesiones. Grupo control mismo tratamiento que exceptuando movimientos oculares en la fase 4.	EMDR sin movimientos oculares	No hubo diferencias significativas entre los grupos EMDR y solo de recuperación	Tanto la EMDR como la recuperación solo se asociaron con reducciones en los síntomas de TEPT, ansiedad y depresión, y mejoras en la calidad de vida, aunque los EM no contribuyeron a la eficacia de los tratamientos.
Ter Heide et al., 2016	72 refugiados remitidos para tratamiento especializado	12 h de EMDR o 12 h de estabilización	TAU (estabilización)	No diferencias en la seguridad o la eficacia entre las dos condiciones.	Dirigirse a recuerdos traumáticos a través de 12 h de EMDR en pacientes refugiados que necesitan un tratamiento especializado es seguro, pero tiene una eficacia limitada.
Verhagen et al., 2022	9 participantes con TEPT y discapacidad intelectual leve o problemas de salud mental y funcionamiento intelectual limítrofe	3 a 12 sesiones de tratamiento EMDR, postratamiento y tres meses de seguimiento.	-	Reducción de síntomas. mayoría no cumplía ya con criterios para el TEPT. Disminución de síntomas depresivos, psicopatología general y problemas de salud mental menos graves después de la terapia.	EMDR pareció ser segura. Factible y eficaz para disminuir los síntomas de TEPT, la pérdida de diagnósticos de TEPT, la reducción del nivel de deterioro de la vida diaria y la psicopatología general para adultos que sufren de problemas graves de salud mental y problemas psicosociales.
Wilhelmus et al., 2023	12 pacientes con TLP y TEPT	Quince sesiones semanales de 45 minutos de TAU y ocho sesiones semanales de EMDR de 90 minutos	TAU	En EMDR las puntuaciones de gravedad disminuye significativamente. Durante la fase TAU no.	EMDR puede ser factible y eficaz para reducir los síntomas del TEPT para quien recibe tratamiento para el TLP al mismo tiempo. Intervención prometedora para pacientes con TLP y TEPT comórbido.
Zepeda et al., 2018	12 pacientes adultos	Tratamiento hospitalario intensivo de cinco días con EMDR y yoga basado en el trauma	-	Los síntomas de TEPT mejoraron significativamente con un tamaño de efecto grande	La mayoría de pacientes experimentaron una reducción de los síntomas consistente con cambios confiables en este tratamiento para pacientes hospitalizados de cinco días con EMDR y yoga

TEPT: trastorno estrés postraumático; ACT: terapia aceptación y compromiso; TCC: Terapia cognitivo conductual EMDR: Desensibilización por Movimientos Oculares y Reprocesamiento; WL: lista de espera; EM: movimientos oculares; TAU: tratamiento habitual; DBT: terapia dialéctico conductual; TEPT-EBT: tratamientos basados en la evidencia para trastorno por estrés postraumático; TLP: trastorno límite de la personalidad; G-TEP: protocolo de episodio traumático grupal; PE: terapia exposición prolongada.

### **5.1.2 Características de los estudios de eficacia de la ACT**

Para evaluar la eficacia de la ACT se han revisado un total de 4 artículos. En este caso por lo que respecta a la muestra tenemos un caso individual superviviente a una agresión sexual y en el resto de los artículos muestras de 3 personas con TEPT y psicosis comórbidas, 9 militares, y 24 universitarios militares. En cuanto al protocolo de terapia tenemos dos aplicaciones de smartphones basadas en ACT con ejercicios diarios, lecciones y entrevistas, una intervención de un total de 12 sesiones y otra de 18 durante 10 meses. En ninguno de los artículos revisados se encuentra una condición de control para comparar su eficacia.

Los principales resultados de los artículos muestran en los 4 estudios se produjeron cambios y mejoras significativas en el TEPT, así como síntomas y características de este. Jansen y Morris por ejemplo también comentan que la ansiedad y la depresión se vieron reducidas (Jansen y Morris, 2017).

Tabla 2: Resultados de los artículos seleccionados para ACT

Autores	Muestra	Protocolo de la terapia	Condición de control	Resultados	Conclusiones
Burrows, 2013	Una sobreviviente de agresión sexual adulta de 18 años que padecía síntomas de TEPT	Sesión de admisión, 18 sesiones de tratamiento ACT de 50 minutos durante 10 meses.	-	Eficaz para reducir evitación experiencial, supresión de pensamientos, sintomatología traumática, aumentar la acción valorada y la calidad de vida.	Los hallazgos de este estudio de caso sugieren que ACT es un modelo de tratamiento prometedor para los sobrevivientes de agresión sexual en adultos.
Jansen y Morris, 2017	3 personas con TEPT, con trauma y psicosis comórbidos: chicas→2 chico→1	Tres fases entrelazadas, realizadas en 12 sesiones.	-	Cambio clínicamente significativo con mejoras en los síntomas de TEPT, ansiedad y depresión.	ACT mostró una mejora clínicamente relevante en las medidas de autoinforme de los síntomas del TEPT y la angustia emocional.
Reyes, Bhatta, et al., 2020	24 adultos universitarios veteranos militares de 18 años o más y con antecedentes de TEPT.	Cuatro semanas aplicación diaria, y reflexión y control telefónico semanal. Aplicación para smartphones que contenía meditaciones de atención plena guiadas por audio y lecciones en video.	-	Cambios significativos en la resiliencia, la atención plena, el TEPT, la evitación experiencial y la rumiación.	La práctica regular de la atención plena basadas en ACT permite disminuir así los síntomas del TEPT
Reyes, Muthukumar, et al., 2020	9 adultos militares universitarios veteranos con TEPT	Diseño de estudio de factibilidad de método mixto antes y después para evaluar la aceptabilidad de la intervención desarrollada previamente. Completando medidas previas y posteriores al estudio y una entrevista cualitativa posterior a la intervención.	-	Cambio promedio significativo en el TEPT a lo largo del tiempo	Hallazgos cuantitativos revelaron cambios importantes. Se observó en la resiliencia, el TEPT y la rumia. La resiliencia aumentó constantemente en tres puntos de tiempo de evaluación desde antes hasta la mitad y después de la intervención, el TEPT y la rumiación disminuyeron constantemente en estos puntos de tiempo.

TEPT: trastorno estrés postraumático; ACT: terapia aceptación y compromiso.

### **5.1.3 Características de los estudios de eficacia de la DBT**

Para evaluar la eficacia de la DBT se han revisado un total de 9 artículos. El número de participantes más pequeño en las investigaciones es de 17 seguido de otra de 21 y otra de 24 para llegar a muestras de 70 o más, hasta la muestra más alta que es de 193. En cuanto al tipo de muestra encontramos sintomatologías TEPT, TEPT relacionado con abusos sexuales infantiles, médicos con sus respectivos pacientes y trastorno dual de TEPT y TLP, Por lo que respecta al protocolo de terapia encontramos intervenciones con un alto número de sesiones siendo el número más pequeño de 12 a 18 sesiones o por ejemplo el caso de Bohus (2020) en la que durante un año realizan 45 sesiones. También se realizan programas residenciales y talleres/formaciones para capacitar profesionales clínicos para que realicen DBT a sus pacientes. Solo hay 2 de estos 9 artículos sin una condición de control, y los demás son bastante variados en cuanto a que no solo se compara la DBT con tratamientos habituales, sino también con EMDR, listas de espera, DBT con terapia de exposición prolongada y también terapia de procesamiento cognitivo.

Resumiendo, los resultados, en la literatura revisada se indica que los cambios que provocan la DBT para el TEPT son significativamente mayores a varios grupos de control, esto es así en 6 de 7 artículos con grupos de control, el restante deja algo en duda la DBT ya que se combina con EMDR y los resultados significativos son iguales a los de la EMDR sola. En uno de los artículos sin grupo de control se menciona que la DBT también resulta efectiva en combinación con otras terapias como la terapia de exposición prolongada la cual aumenta también la eficacia si se combina (Harned et al., 2014). También se encuentra disminución de emociones negativas, así como también mejoría para sintomatología de TLP comórbido con TEPT en el otro artículo sin grupo de control (Steil et al., 2018).

Tabla 3: Resultados de los artículos seleccionados para DBT

Autores	Muestra	Protocolo de la terapia	Condición de control	Resultados	Conclusiones
Bohus et al., 2013	74 pacientes con TEPT relacionado con CSA	Programa DBT-TEPT residencial de 12 semanas	TAU-WL	Bajo DBT-TEPT, el cambio medio fue significativamente mayor que en el grupo de control	DBT es un tratamiento eficaz del TEPT relacionado con Abuso sexual sufrido en la infancia, incluso en presencia de una psicopatología concurrente grave como el TLP.
Bohus et al., 2020	955 mujeres con PTSD asociado a abuso infantil que buscaron tratamiento evaluadas para elegibilidad, 193 fueron aleatorizadas.	Dosis y frecuencias iguales de DBT-PTSD o CPT, hasta 45 sesiones individuales dentro de 1 año y 3 sesiones adicionales durante los siguientes 3 meses	CPT	DBT más eficaz que CPT  DBT más remisión sintomática, mejora y recuperación fiables.	Eficacia respaldada de DBT-PTSD y CPT en el tratamiento de mujeres con TEPT complejo asociado con abuso infantil. El TEPT asociado con abuso infantil severo con desregulación emocional puede tratarse de manera eficaz
Görg et al., 2017	78 mujeres con diagnóstico de TEPT relacionado con abuso sexual infantil: DBT→39 TAU 39→32	12 y 14 semanas tratamiento residencial modular. Análisis de al menos dos evaluaciones de las emociones relacionadas con el trauma durante el inicio y el final de la terapia. A las pacientes de TAU después se les administra DBT.	TAU	La vergüenza, la culpa, el asco, la angustia y el miedo disminuyeron significativamente desde el principio hasta el final de la terapia. Aumentó la aceptación radical	Las emociones relacionadas con el trauma y la aceptación radical mostraron cambios significativos desde el principio hasta el final de DBT-PTSD.
Harned et al., 2014	17 participantes analizados asignados al azar a DBT con el protocolo de exposición prolongada DBT (DBT+DBT PE)  DBT→9	El grupo DBT recibieron un año de DBT estándar. El grupo DBT+DBT PE un año de DBT estándar, y protocolo DBT PE si logran un control suficiente. Evaluados a intervalos de 4 meses durante el año de tratamiento y 3 meses después del tratamiento.	-	DBT+PE=tasa de remisión x2 y 2,4 veces menos probabilidades de intento de suicidio y 1,5 veces menos de autolesionarse	La DBT con el protocolo DBT PE es factible, aceptable y segura de administrar, y puede conducir a mayores mejoras en el TEPT, las autolesiones intencionales y otros resultados que la DBT sola. Los hallazgos requieren replicación en una muestra más grande.

Harned et al., 2021	409 médicos aprendices de DBT asistieron a los talleres: 96 clínicos usaron DBT PE durante el periodo de seguimiento de 6 meses	Taller de capacitación en el protocolo DBT PE para médicos para usar protocolo DBT PE. Examinar el impacto de los talleres de DBT PE en las creencias de los médicos, la adopción y los resultados percibidos por los pacientes.	DBT	Informaron 81,3% que sus pacientes mejoraron. 66,7% que estaba en el nivel de respuesta al tratamiento. 15,6% no cambiaron. 3,1% empeoró	La mayoría de los médicos utilizaron DBT PE en los 6 meses posteriores a la capacitación e informaron que el tratamiento generalmente era seguro y efectivo para sus pacientes
Kleindienst et al., 2016	24 mujeres con TEPT relacionado con abuso sexual infantil entre 17 y 65 años.	Programa residencial con 3 fases de 12 semanas.	TAU-WL	Disociación del estado → Relacionado con las mejoras después del DBT-PTSD	Disociación durante sesiones de tratamiento puede reducir el éxito de las terapias centradas en el trauma, como DBT-TEPT si es alta durante el tratamiento.
Kleindienst et al., 2021	93 mujeres con diagnóstico dual de TLP + TEPT	Dos programas de tratamiento, terapia conductual dialéctica para el TEPT (DBT-TEPT) versus la terapia de procesamiento cognitivo (CPT).	CPT	DBT más eficaz que CPT	Tanto DBT-TEPT como CPT surgieron como opciones de tratamiento. La eficacia diferencial estuvo a favor de DBT-TEPT. mejoraron más con respecto a sus síntomas de TLP y TEPT.
Snoek et al., 2020	126 participantes entre 18 y 65 años: tratamiento integrado EMDR-DBT → 63 grupo tratamiento EMDR solo → 63.	12-18 sesiones de tratamiento en un período de 12-18 semanas. El grupo de EMDR-DBT también 6 sesiones de pretratamiento 48 sesiones de DBT grupal + 24 sesiones de coaching DBT individual.	EMDR	EMDR = EMDR-DBT en síntomas de TEPT y TLP	La terapia EMDR sola y la terapia EMDR integrada con DBT fueron ambas efectivas en el tratamiento de pacientes con TEPT y TLP.
Steil et al., 2018	21 participantes mujeres con TEPT diagnosticado antes de los 18 y antecedentes de abuso sexual infantil.	Formaciones profesionales para administrar DBT-TEPT. Evaluación antes de la aplicación del tratamiento, después y en un seguimiento realizado 6 semanas después.	-	DBT provocó mejoría significativa tanto para el TEPT como para sintomatología de TLP	El resultado sugiere que DBT-TEPT para pacientes ambulatorios se puede usar de manera segura para reducir los síntomas de PTSD y la psicopatología comórbida en adultos que han experimentado abuso sexual infantil.

TEPT: trastorno estrés postraumático; TAU: terapia habitual; WL: lista de espera; DBT: terapia dialéctico conductual; TLP: trastorno límite de la personalidad; CPT: terapia de procesamiento cognitivo; PE: terapia exposición prolongada; EMDR: Desensibilización por Movimientos Oculares y Reprocesamiento; CSA: abuso sexual infantil.

#### **5.1.4 Características de los estudios de eficacia de las MBI**

Por último, para evaluar la eficacia de las MBI se han revisado un total de 8 artículos siendo la muestra más pequeña una intervención con 4 personas. Las demás muestras oscilan entre 20 y 30 participantes a excepción de algunas con un número mayor entre 40-60 e incluso 158. Las características de dichas muestras son personas con TEPT o sintomatología TEPT, militares veteranos, TEPT con abuso de sustancias y refugiados. Al ser diferentes terapias MBI siendo las más comunes la MBCT y la MBSR los protocolos de terapia son algo diferentes respectivamente. Tenemos 1 o 2 sesiones de atención plena durante 8 o 9 semanas en 5 casos y en las demás sesiones durante 4 o 5 semanas a excepción de un último artículo donde realizan solo 4 sesiones de MBSR (Possemato et al., 2016). También hay aplicaciones para smartphones con ejercicios de mindfulness, sesiones grupales, retiros y evaluaciones pre y post. Al igual que en la DBT solo encontramos 2 artículos sin condición de control y el resto que si tienen son tratamientos habituales, atención primaria, intervenciones de control activo, entrenamiento de la compasión de base cognitiva y listas de espera.

Los resultados, en algunos casos indicaron que las MBI fueron superiores a los del grupo control en aspectos como en la reducción de la sintomatología. Por ejemplo, se han dado cambios en la resiliencia, el TEPT, la evitación experiencial y la rumiación. En general se puede ver que hay mejora significativa en las intervenciones del TEPT con MBI en el total de los 8 casos, pero quizás existen estudios que no encuentran la terapia útil, aunque no es el caso de los estudios revisados. Se encuentra entre los artículos uno en el que se realizan estudios neurológicos donde al realizar MBSR, se encuentran mejoras de funciones cerebrales como la atención y se observa como las funciones neuronales interoceptivas mejoradas por MBSR mejoran los síntomas del TEPT (Kang et al., 2022).

Tabla 4: Resultados de los artículos seleccionados para MBI

Autores	Muestra	Protocolo de la terapia	Condición de control	Resultados	Conclusiones
Aizik-Reebs et al., 2021	158 solicitantes de asilo eritreos que residen en el Medio Oriente y síntomas de TEPT (Israel)	Nueve sesiones semanales de 2,5 horas.	WL	MBTR-R demostraron niveles significativamente más bajos de TEPT total, reexperimentación, síntomas de hiper excitación y estrés postraumático	El formato de intervención breve, la entrega basada en grupos y el abandono limitado indican que MBTR-R puede ser una intervención de salud mental factible, aceptable, fácilmente implementable y escalable para refugiados y solicitantes de asilo.
Kang et al., 2022	Veteranos con PTSD: MBSR→47 intervención de control activo→51	Se evalúan los síntomas de TEPT antes y después de la intervención y las medidas electroencefalográficas de los resultados neurales. MBSR realiza intervención de 8 semanas. Control activo realiza terapia de grupo centrada en el presente.	Intervención de control activo	MBSR mayores mejoras en los síntomas de TEPT y aumentos en la potencia alfa espontánea, la potencia theta frontal relacionada con la tarea y frontal.	La meditación de atención plena mejora las funciones cerebrales del control de la atención y los estados cerebrales en reposo que reflejan la relajación orientada internamente. Las funciones neuronales interoceptivas mejoradas por MBSR mejoran los síntomas del TEPT.
Kim et al., 2013	29 enfermeras (28 mujeres) de 45 a 66 años	Sesiones de ejercicio de estiramiento y respiración profunda de sesenta minutos cada dos semanas durante 8 semanas.	Grupo control sin MBX	Los resultados grupo ejercicio de estiramiento y respiración profunda fueron superiores a los del grupo de control. No diferencias significativas entre los grupos en ningún otro ítem.	Los resultados sugieren que el ejercicio de estiramientos y respiración profunda parece reducir la prevalencia de síntomas similares al TEPT en individuos que presentan características subclínicas de TEPT.
King et al., 2013	Veteranos de guerra con TEPT crónico MBCT→20x4 grupos Tratamiento habitual→3x17	MBCT 8 semanas Con diferentes sesiones grupales	TAU	Mejora significativa en el TEPT en la condición MBCT, pero no en las condiciones TAU, y una interacción Condición × Tiempo significativa	MBCT mostro buen cumplimiento con los ejercicios de tarea asignados y una mejora significativa y clínicamente significativa en la gravedad de los síntomas de TEPT en la evaluación posterior al tratamiento y cogniciones relevantes para el TEPT
Luedtke et al., 2015	4 hombres con PTSD con sus parejas	MBCT 5 semanas + retiro de dos días y medio y sesiones conjuntas semanales de 90 minutos después del retiro.	CBCT	CBCT con MINDFULNESS reduce los síntomas en menos tiempo que CBCT sola	Los datos de referencia y posteriores al tratamiento de las medidas de autoinforme y de informe de la pareja muestran reducción de los síntomas de estrés postraumático, y aumento en satisfacción de la relación.

Possemato et al., 2016	62 pacientes con PTSD	Programa de 4 sesiones adaptado de la reducción del estrés basada en la atención plena (MBSR)	PC-TAU	La gravedad del PTSD disminuyó en ambas condiciones. PCBMT informaron disminuciones significativas mayores en el TEPT y la depresión desde el pretratamiento hasta el postratamiento y mantuvieron las ganancias en el seguimiento	Datos respaldan la eficacia preliminar de BMT para veteranos con PTSD.
Reyes, Bhatta, et al., 2020	24 adultos universitarios veteranos militares.	Cuatro semanas aplicación diaria, y reflexión y control telefónico semanal. Aplicación para smartphones con meditaciones de atención plena guiadas por audio y lecciones en video.	-	Cambios significativos en la resiliencia, la atención plena, el TEPT, la evitación experiencial y la rumiación.	La práctica regular de la atención plena basadas en ACT permite disminuir así los síntomas del TEPT
Somohano et al., 2022	23 mujeres diagnosticadas con TEPT-SUD (t. uso sustancias)	8 sesiones y evaluación formal e informal posterior a la intervención	-	Mayor duración de la práctica formal de atención plena predijo una reducción total de los síntomas de TEPT evitación relacionada con el trauma, excitación y reactividad y cogniciones negativas y estado de ánimo	Se destaca el potencial de la práctica formal de la atención plena en el mantenimiento de reducciones en los síntomas de TEPT a lo largo del tiempo entre mujeres con TEPT-SUD concurrente.

MBX: ejercicio de estiramiento y respiración profunda; TEPT: trastorno estrés postraumático; ACT: Terapia aceptación y compromiso; MBCT: terapia cognitiva basada en mindfulness; SUD: trastorno abuso de sustancias; MBSR: programa de reducción de estrés basado en mindfulness ; TAU: terapia habitual; CBCT: entrenamiento de la compasión de base cognitiva ; PCBMT: atención primaria entrenamiento de atención plena; MBTR-R: Recuperación de trauma basado en mindfulness para refugiado; PC: atención primaria; WL: lista de espera; MBI: intervenciones basadas en mindfulness

## **6. Discusión**

Esta revisión sistemática ha posibilitado poder analizar la eficacia de las terapias de tercera generación (EMDR, MBI, DBT y ACT) en el abordaje del trastorno por estrés postraumático. La mayoría de los estudios disponibles indican que las diferentes terapias son efectivas en la reducción de síntomas de TEPT y síntomas asociados, especialmente EMDR y MBI. No obstante, son necesarios más estudios.

### **6.1 EMDR**

El 75% de los 16 estudios analizados para el EMDR sugieren que este, influye positivamente en los síntomas del TEPT e incluso se dejan de cumplir criterios para la el TEPT. También que es significativamente más efectivo que otros tratamientos e incluso es más breve. La hipótesis planteada para esta TTG fue que el EMDR si podría ser una terapia efectiva para tratar el trastorno por estrés postraumático, al ver los resultados se puede concluir que los estudios enfocados en el EMDR demuestran que tiene un grado de eficacia para tratar sintomatología TEPT y por lo tanto puede llegar a ser una herramienta útil y basada en la evidencia científica ya que como se ha mencionado también algunas organizaciones internacionales de la salud también la tienen como ejemplo de terapia eficaz (Society of Clinical Psychology, 2020). Si comparamos estudios previos realizados con semejanza a este respecto al EMDR tenemos otra revisión sistemática en el que analizan un total de 15 artículos y llegan prácticamente a las mismas conclusiones (Novo Navarro et al., 2018).

A pesar de estos resultados favorables a favor de la terapia, una de las limitaciones es que en lo que respecta a investigación y literatura científica la terapia EMDR es relativamente nueva. Por lo tanto, sí serían necesarias unas recomendaciones para próximos estudios sobre el tema, relacionados con un número de muestra más grande para evaluar más aspectos de la terapia y comprender mejor cómo funciona, como por ejemplo los aspectos neurobiológicos y como afecta si existen trastornos comórbidos. Se ha podido observar en estudios previos (Haagen et al., 2017; Susanty et al., 2022) plantean como un trastorno comórbido como la depresión puede no ser compatible con la herramienta si se trata el TEPT o que los propios movimientos oculares (EM) pueden realmente no ser efectivos si no que lo que realmente es efectivo son las demás técnicas que aplican.

Se recomienda entonces ampliar el tipo de investigaciones con otros eventos traumáticos, culturas y trastornos comórbidos.

## **6.2 MBI**

Los 8 artículos revisados para el MBI sugieren que el mindfulness en general y las intervenciones basadas en mindfulness tienen eficacia para tratar el TEPT y en concreto la sintomatología gracias a las funciones cerebrales que se trabajan con estas técnicas. Las hipótesis planteadas para esta intervención fueron que las técnicas basadas en la atención plena serían eficaces y al realizar la revisión parece que las MBI son una herramienta útil para tratar la sintomatología del TEPT e incluso para combinar con terapias ya existentes. Por lo que respecta a literatura científica relacionada con este trabajo y las MBI no se han encontrado revisiones sistemáticas de renombre científico, pero sí algunos trabajos de final de grado y máster que han llegado a unas conclusiones parecidas en cuanto a la mejoría de síntomas, la seguridad de la terapia y los cambios en regiones cerebrales como bien se muestra por ejemplo en el artículo de Kang (Kang et al., 2022).

El número de investigaciones es pequeño y se requiere realizar más investigación al respecto sobre todo en combinación con otras terapias y estudios controlados aleatorizados con un número de muestra alta para aclarar finalmente la eficacia de estas terapias en el TEPT. En cuanto a las limitaciones de los estudios sobre MBI, la mayoría de los estudios se han llevado a cabo en su mayoría con personal militar y personas con situaciones de estrés altas, por lo que no se puede saber si en otros perfiles puede demostrarse su eficacia. Tampoco hay muchos estudios con relación a si las MBI en combinación con otras terapias pueden suponer una mejora y eficacia adicional para tratar el TEPT y se ha encontrado información acerca de que si pudiese ser el caso. En resumen, el MBI puede resultar práctico para tratar la sintomatología del TEPT y se sugiere aplicarlo para tratar al menos sus diferentes sintomatologías y mejorar las funciones cerebrales.

## **6.3 ACT**

Son 4 los artículos revisados para ACT que sugieren que esta terapia puede mostrar cambios y mejoras significativas, así como resultar eficaz para reducir la sintomatología del TEPT. Pero poco se puede concluir en este aspecto ya que el estudio se ve limitado por el pequeño número de artículos publicados encontrados. Se remarca esta escasez para futuros estudios en el que todavía es necesario seguir investigando al respecto a pesar de que la literatura encontrada sugiera su eficacia significativa para la sintomatología TEPT. También tener en cuenta que la ACT tiene algunos principios en mindfulness y en 2 de los artículos revisados se hacía bastante uso de él y su eficacia puede estar relacionada también con las MBI. Un estudio de revisión parecida a esta también sugiere los mismos resultados

(Romero et al., 2018), aunque en este trabajo al realizar también una investigación en MBI podemos poner en duda este aspecto para trabajar en futuras investigaciones mediante otros ensayos controlados aleatorizados.

Las hipótesis sobre si la ACT es eficaz queda limitada en base al número de artículos revisados y por lo tanto se concluye que hace falta más investigación al respecto como también se indica en otras revisiones parecidas (Hitch et al., 2023). Pese a esto, los datos resultan prometedores para seguir buscando acerca de su eficacia

## **6.4 DBT**

En 8 de los 9 artículos revisados se sugiere también que la eficacia de la DBT es significativa, por lo tanto, puede llegar a ser una terapia útil y un tratamiento eficaz para el TEPT y en algunos casos en combinación con otras terapias aumentar la eficacia, pero es algo que se debería averiguar en futuros estudios debido a la poca literatura existente en este aspecto. Respecto a la hipótesis sobre que la DBT resultaría efectiva para el TEPT no se puede considerar cumplida debido a diversas limitaciones como el poco número de investigaciones encontradas y revisadas. En ese aspecto hacen falta más investigación acerca de la eficacia sobre la DBT en el trastorno por estrés postraumático. De hecho, no se han encontrado revisiones sistemáticas acerca de esta eficacia para el TEPT y, por lo tanto, este trabajo podría ser una de las primeras investigaciones en las que se haya hecho tal revisión.

Se recomienda para futuras investigaciones seguir evaluando la eficacia de la DBT para ver si realmente puede resultar efectiva para el TEPT. También tener en cuenta que la DBT tiene también principios en mindfulness y por ello comprobar si la atención plena es la herramienta que está influenciando más en su eficacia y no el resto puesto que no se han usado otros métodos para evaluar sus principios en los artículos revisados. Se podría sugerir o recomendar esta terapia para tratar al menos la sintomatología del TEPT con TLP comórbido, puesto que sí parece ser una herramienta útil para la disminución de emociones negativas relacionadas con estos casos.

## **6.5 Limitaciones**

En cuanto a limitaciones, son parecidas a los aspectos mencionados anteriormente, existe poca literatura científica al respecto sobre todo en ACT, MBI y DBT ordenadas así por el orden de menos a más resultados encontrados. Aunque

en lo que respecta en el EMDR a pesar de haber encontrado más evidencias también falta investigación al respecto. Al haber tan poca información resulta difícil acabar de concretar su eficacia. Aparte de la limitación de que existen pocos estudios, también se tienen en cuenta las diferencias metodológicas, ya que existe bastante heterogeneidad. Se necesitan más ensayos controlados, estudios longitudinales, así como protocolos definidos.

Como punto final a dichas limitaciones, cabe destacar que las terapias de tercera generación son algo muy joven como para poder indicar algo, pero hay indicios de que marcaran un cambio positivo en las terapias (Hayes, 2004a). Aunque sí que se puede comprobar que respectivamente desde 2004 hasta ahora hay más evidencias sobre la utilidad de hacia dónde van estas terapias.

## **6.6 Aplicaciones prácticas**

En cuanto a las aplicaciones prácticas de los resultados obtenidos en este estudio, se sugiere que las terapias de tercera generación, como el EMDR, MBI, ACT y DBT pueden aplicarse en pacientes con TEPT según su condición ya sea con un trastorno psicótico y TEPT, TLP y TEPT, así como en personas que hayan vivido cualquier suceso traumático como padecer un cáncer, violencia sexual y doméstica, guerras, emigraciones, entre otros puesto que parecen ser una herramienta útil.

Respecto a las TTG investigadas en general, pueden servir para abrir un nuevo campo de investigación acerca de las terapias de tercera generación en el tratamiento para el TEPT, puesto que si existen revisiones sistemáticas en algunas terapias individualmente que sugieren su utilidad. No se había realizado hasta el momento una revisión sobre las TTG en su conjunto (las que pueden llegar a ser útiles por sus principios), y parece que pueden llegar a ser útiles para el tratamiento del TEPT y es útil tenerlas como alternativas a tratamientos convencionales puesto que es posible que estos no funcionen en todos los pacientes. Por lo tanto, podrían aplicarse y realizarse en aquellas personas que quizás no les funcionen los métodos habituales como un recurso de última instancia y proporcionar al menos una reducción en la sintomatología. Si dan resultados también se podrían realizar estudios de caso para comprobar que es lo que ha resultado eficaz.

## **6.7 Futuras investigaciones**

Se recomienda para futuras investigaciones realizar ensayos controlados con muestras más altas, otras revisiones sistemáticas para poder realizar comparativas de resultados. Esto puede abrir posibilidades para poder evaluar si hay mejores tratamientos en un futuro que puedan superar a las terapias convencionales actuales. Por lo tanto, en las direcciones futuras para y de este estudio se requieren más investigaciones rigurosas ya sea con ensayos controlados aleatorizados u otros para acabar de valorar y esclarecer su eficacia.

Se recomienda también para estos estudios ampliar el tipo de investigaciones con otros eventos traumáticos, culturas y trastornos comórbidos, y aumentar el número de muestras en dichos ensayos para evaluar más a fondo las terapias y comprender mejor cómo funcionan, incluyendo aspectos neurobiológicos. Además, se sugiere realizar más investigaciones sobre la eficacia de las terapias basadas en mindfulness en combinación con otras terapias ya que hay indicios de que pueden funcionar como una mejora adicional pero no se ha comprobado.

## 7. Conclusiones

Según los resultados extraídos sobre los artículos de EMDR se puede decir que es una intervención prometedora para abordar el trastorno por estrés postraumático a excepción de 4 artículos y uno en cuestión que pone en duda los movimientos oculares dentro del EMDR, pues al realizar la misma intervención sin estos movimientos se consiguieron efectos parecidos. Por lo que respecta a ACT como conclusiones tenemos el hecho de que en los cambios encontrados en los resultados parecen significar que la ACT resulta eficaz para al menos reducir los síntomas del TEPT. Aunque se deberían realizar más hallazgos y estudios para poder seguir comprobando su eficacia y demostrar tal resultado. En la DBT se extrae que puede ser un tratamiento eficaz para el TEPT e incluso TEPT relacionado con abuso sexual y TEPT con TLP. En combinación con otras terapias puede conducir a mayores mejoras, aunque se pone en duda con el caso en el que se combina con EMDR, pues se considera que tanto EMDR y EMDR con DBT son igual de efectivas. En las MBI en general, se encontró que redujeron los síntomas, y por lo tanto se concluye en la mayoría de los artículos que las MBI parecen reducir tanto los síntomas del TEPT, así como mejorar funciones cerebrales, y los resultados se mantienen en el tiempo. Falta también ver y seguir aportando datos para aumentar la información acerca de su eficacia

Como conclusiones generales podemos decir que las TTG son unas terapias relativamente nuevas surgidas de la segunda generación de las terapias cognitivo-conductuales que hasta el momento se está valorando e investigando su verdadero alcance en diversos trastornos y ámbitos. En concreto, el EMDR, las MBI, la DBT y la ACT pueden llegar a ser efectivas para el trastorno por estrés postraumático o su sintomatología en diferentes casos ya realizados. Por ello hace falta investigar más al respecto y acabar por concretar sus mecanismos de acción, así como su grado total de eficacia y ver finalmente si resultan más eficaces que los tratamientos habituales actuales o pueden ser una alternativa cuando estos no hayan funcionado.

En resumen, este estudio proporciona una evidencia prometedora sobre la eficacia de las terapias de tercera generación en el tratamiento del TEPT y puede servir como base para futuras investigaciones y para el desarrollo de intervenciones clínicas en el tratamiento de pacientes con TEPT.

## 8. Bibliografía

- Acarturk, C., Konuk, E., Cetinkaya, M., Senay, I., Sijbrandij, M., Gulen, B., y Cuijpers, P. (2016). The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: Results of a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 46(12), 2583–2593. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001070>
- Agras, W. S. , y B. R. I. (1996). *Terapia de conducta*. Tratado de psiquiatría.
- Aizik-Reebs, A., Yuval, K., Hadash, Y., Gebreyohans Gebremariam, S., y Bernstein, A. (2021). Mindfulness-Based Trauma Recovery for Refugees (MBTR-R): Randomized Waitlist-Control Evidence of Efficacy and Safety. *Clinical Psychological Science*, 9(6), 1164–1184. <https://doi.org/10.1177/2167702621998641>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric publishing.
- Ana Moreno Coutiño. (2012). *terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (ttg): la atención plena / mindfulness*. [www.revistapsicologia.org](http://www.revistapsicologia.org)
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed.* Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bae, H., Kim, D., Cho, Y., Kim, D., y Kim, S. H. (2018). Add-on eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy for adults with post-traumatic stress disorder who failed to respond to initial antidepressant pharmacotherapy. *Journal of Korean Medical Science*, 33(48). <https://doi.org/10.3346/jkms.2018.33.e306>
- Barceló, A., Monreal, A., Navarro, M., Beltran, M., García, J., y Zaragoza, E. (2018). Mindfulness aplicado a la atención primaria Puntos clave. In *Actualizaciones 564 FMC* (Vol. 25, Issue 10).
- Blanco, E. L., y Geijo, G. L. (2012). *EMDR: Revisión de la técnica y aplicación a un caso clínico*.
- Blanco, M., de la Vieja, M., Macip, S., y Tercero, M. del C. (2022). Trastorno de estrés postraumático en enfermeras durante la pandemia de COVID-19. *Enfermería Clínica*, 32(2), 92–102. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.10.015>

- Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfeld, I., y Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 221–233. <https://doi.org/10.1159/000348451>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller, M., Ludäscher, P., Steil, R., Fydrich, T., Kuehner, C., Resick, P. A., Stiglmayr, C., Schmahl, C., y Priebe, K. (2020). Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared with Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 77(12), 1235–1245. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2148>
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M. E., y Marlatt, A. (2009). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial. *Substance Abuse*, 30(4), 295–305. <https://doi.org/10.1080/08897070903250084>
- Brickell, M., Russell, M. C., y Smith, R. B. (2015). The effectiveness of evidence-based treatments in treatment of active military personnel and their families. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(4), 198–208. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.9.4.198>
- Burrows, C. J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy With Survivors of Adult Sexual Assault. *Clinical Case Studies*, 12(3), 246–259. <https://doi.org/10.1177/1534650113479652>
- Capezzani, L., Ostacoli, L., Cavallo, M., Carletto, S., Fernandez, I., Solomon, R., Pagani, M., y Cantelmi, T. (2013). EMDR and CBT for cancer patients: Comparative study of effects on PTSD, anxiety, and depression. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(3), 134–143. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.7.3.134>
- Carletto, S., Porcaro, C., Settanta, C., Vizzari, V., Stanizzo, M. R., Oliva, F., Torta, R., Fernandez, I., Moja, M. C., Pagani, M., y Ostacoli, L. (2019). Neurobiological features and response to eye movement desensitization and reprocessing treatment of posttraumatic stress disorder in patients with breast cancer.

- Carmen, M., Soriano, L., Sonsoles, M., y Salas, V. (2006). *la terapia de aceptación y compromiso (act). fundamentos, características y evidencia*.
- Classen, C. C., Paresh, O. G., Cavanaugh, C. E., Koopman, C., Kaupp, J. W., Kraemer, H. C., Aggarwal, R., y Spiegel, D. (2011). A comparison of trauma-focused and present-focused group therapy for survivors of childhood sexual abuse: A randomized controlled trial. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(1), 84–93. <https://doi.org/10.1037/a0020096>
- Crittenden, P. M. (1998). *Dangerous behavior and dangerous contexts: A thirty-five year perspective on research on the developmental effects of child physical abuse*. American Psychological Association.
- De Bont, P. A. J. M., Limburg, N., y Van Minnen, A. (2013). *Treating PTSD in Patients With Psychosis: A Within-Group Controlled Feasibility Study Examining the Efficacy and Safety of Evidence-Based PE and EMDR Protocols*. [www.elsevier.com/locate/bt](http://www.elsevier.com/locate/bt)
- Eysenck, H. J. (1964). *Uses and abuses of psychology*. Penguin Books.
- Follette, V., Palm, K. M., y Pearson, A. N. (2006). Mindfulness and trauma: implications for treatment. *Journal of Rational-Emotive y Cognitive-Behavior Therapy*, 24(1), 45–61. <https://doi.org/10.1007/s10942-006-0025-2>
- Shapiro, F. (2019). *EMDR: Terapia de desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares*. Asociación EMDR España.
- Franks, C. M. (1993). *Therapeutic change: An object relations perspective*. Guilford Press.
- Görg, N., Priebe, K., Böhnke, J. R., Steil, R., Dyer, A. S., y Kleindienst, N. (2017). Trauma-related emotions and radical acceptance in dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder after childhood sexual abuse. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0065-5>
- Grossman P, Nieman L, Schmidt S, y Walach H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *J Psychosom Res*, 57, 35–43.

- Haagen, J. F. G., ter Heide, F. J. J., Mooren, T. M., Knipscheer, J. W., y Kleber, R. J. (2017). Predicting post-traumatic stress disorder treatment response in refugees: Multilevel analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 69–83. <https://doi.org/10.1111/bjc.12121>
- Harned, M. S., Korslund, K. E., y Linehan, M. M. (2014). 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. *Behaviour Research and Therapy*, 55(1), 7–17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.01.008>
- Harned, M. S., Ritschel, L. A., y Schmidt, S. C. (2021). Effects of Workshop Training in the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol on Clinician Beliefs, Adoption, and Perceived Clinical Outcomes. *Journal of Traumatic Stress*, 34(2), 427–439. <https://doi.org/10.1002/jts.22622>
- Harris, R. (2006). *Embracing Your Demons: An Overview of Acceptance and Commitment Therapy*. Psychotherapy in Australia.
- Harris, R. (2009). *ACT Made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland.
- Hayes, S. C. (2004a). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C. (2004b). Integrative Behavioral Couples Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Borkovec y Roemer* (Vol. 35). Martell.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., y Linehan, M. M. (2004). *Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies: Mindfulness, Acceptance, and Relationship*.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.

- Hetrick, S. E., Purcell, R., Garner, B., y Parslow, R. (2010). Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007316.pub2>
- Hitch, C., Leightley, D., Murphy, D., Trompeter, N., y Dymond, S. (2023). Acceptance and commitment therapy for co-occurring gambling disorder and posttraumatic stress disorder in veterans: a narrative review. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2178203>
- Immédico. (2017, October 10). *La terapia psicológica EMDR, eficaz en los Trastornos por Estrés Postraumático y Personalidad*. Nombre del sitio web. <https://www.immedicohospitalario.es/noticia/12436/la-terapia-psicologica-emdr-eficaz-en-los-trastornos-por-estres-pos.html>
- Jansen, J. E., y Morris, E. M. J. (n.d.). *Acceptance and Commitment Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Early Psychosis: A Case Series*. Nombre del sitio web. [www.elsevier.com/locate/cabp](http://www.elsevier.com/locate/cabp)
- John B. Watson. (1913). *Psychology as the behaviorist views it*. Nombre del sitio web. <http://www.yorku.ca/dept/psych/classics/Watson/views.htm>
- Kabat-Zinn, J. (2021). Meditation Is Not What you Think. *Mindfulness*, 12(3), 784–787. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01578-1>
- Kabat-Zinn, J., y Hanh, T. N. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delta
- Kang, S. S., Sponheim, S. R., y Lim, K. O. (2022). Interoception Underlies Therapeutic Effects of Mindfulness Meditation for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 7(8), 793–804. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2021.10.005>
- Karen, A., y Roberts, P. (2018). The Effects of the EMDR Group Traumatic Episode Protocol With Cancer Survivors. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12(3).
- Kim, S. H., Schneider, S. M., Bevans, M., Kravitz, L., Mermier, C., Qualls, C., y Burge, M. R. (2013). PTSD symptom reduction with mindfulness-based stretching and deep breathing exercise: Randomized controlled clinical trial of

- efficacy. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 98(7), 2984–2992.  
<https://doi.org/10.1210/jc.2012-3742>
- King, A. P., Erickson, T. M., Giardino, N. D., Favorite, T., Rauch, S. A. M., Robinson, E., Kulkarni, M., y Liberzon, I. (2013). A pilot study of group mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for combat veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Depression and Anxiety*, 30(7), 638–645.  
<https://doi.org/10.1002/da.22104>
- Reutter, K. (2019). *The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook for PTSD: Practical Exercises for Overcoming Trauma and Post-Traumatic Stress Disorder*. New Harbinger Publications.
- Kleindienst, N., Priebe, K., Görg, N., Dyer, A., Steil, R., Lyssenko, L., Winter, D., Schmahl, C., y Bohus, M. (2016). State dissociation moderates response to dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder in women with and without borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 7. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30375>
- Kleindienst, N., Steil, R., Priebe, K., Müller-Engelmann, M., Biermann, M., Fydrich, T., Schmahl, C., y Bohus, M. (2021). Treating Adults With a Dual Diagnosis of Borderline Personality Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Abuse: Results From a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(11), 925–936.  
<https://doi.org/10.1037/ccp0000687>
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J. D., y Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1105–1112. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.003>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Luedtke, B., Davis, L., y Monson, C. (2015). Mindfulness-Based Cognitive-Behavioral Conjoint Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: A Case Study. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(4), 227–234.  
<https://doi.org/10.1007/s10879-015-9298-z>
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. . *Gaceta de Psicología*, 40, 26–34.

- Álvarez, M. (2023, March 17). *¿Qué es la Terapia EMDR? Fases y técnicas para superar el estrés postraumático*. Nombre del sitio web. <https://blog.institutoserca.com/que-es-la-terapia-emdr-fases-y-tecnicas-para-superar-el-estres-postraumatico/>
- McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K., Demment, C. C., Fournier, D., Schnurr, P. P., y Descamps, M. (2005). Randomized Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 515–524. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.515>
- McLay, R. N., Webb, J. A., Fesperman, S. F., Delaney, E. M., Gerard, S. K., Roesch, S. C., Nebeker, B. J., Pandzic, I., Vishnyak, E. A., y Johnston, S. L. (2016). Outcomes from eye movement desensitization and reprocessing in active-duty service members with posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(6), 702–708. <https://doi.org/10.1037/tra0000120>
- Novo, P., Landin, R., Guardiola, R., Moreno, A., Valiente, A., Lupo, W., García, F., Fernández, I., Pérez, V., y Amann, B. L. (2018). 25 años de Eye Movement Desensitization and Reprocessing: protocolo de aplicación, hipótesis de funcionamiento y revisión sistemática de su eficacia en el trastorno por estrés postraumático. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 101–114. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.12.002>
- Palomino, C., y Huarcaya, J. (2020). Trastornos por estrés debido a la cuarentena durante la pandemia por la COVID-19. *Horizonte Médico (Lima)*, 20(4), e1218. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n4.10>
- Paulov. I. (1927). *Los reflejos condicionados*.
- Pérez Álvarez, M. (2006). *la terapia de conducta de tercera generación third-generation behavior therap*.
- Possemato, K., Bergen-Cico, D., Treatman, S., Allen, C., Wade, M., y Pigeon, W. (2016). A Randomized Clinical Trial of Primary Care Brief Mindfulness Training for Veterans With PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 72(3), 179–193. <https://doi.org/10.1002/jclp.22241>

- Psicoterapia Integradora Somos. (2021, February 27). *En qué consiste la terapia EMDR*. Nombre del sitio web. <https://somospsicoterapia.es/blog/en-que-consiste-la-terapia-emdr>
- Recuperación emocional. (2013, June 14). *Terapias de tercera generación*. Nombre del sitio web <https://www.recuperacionemocional.com/terapias-de-tercera-generacion/>
- Reyes, A. T., Bhatta, T. R., Muthukumar, V., y Gangozo, W. J. (2020). Testing the acceptability and initial efficacy of a smartphone-app mindfulness intervention for college student veterans with PTSD. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(2), 58–66. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.02.004>
- Reyes, A. T., Muthukumar, V., Bhatta, T. R., Bombard, J. N., y Gangozo, W. J. (2020). Promoting Resilience Among College Student Veterans Through an Acceptance-and-Commitment-Therapy App: An Intervention Refinement Study. *Community Mental Health Journal*, 56(7), 1206–1214. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00617-4>
- Rodríguez-Quiroga, A., Buiza, C., Mon, M. A. Á. de, y Quintero, J. (2020). COVID-19 y salud mental. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(23), 1285–1296. <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.12.010>
- Romero, C., Fernández, C., Moreno, C. (2018) *Eficacia de ACT en pacientes con diagnóstico de trastorno de estrés post-traumático*. Boletín Psicoevidencias, 51.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Foy, D. W., Shea, M. T., Hsieh, F. Y., Lavori, P. W., Glynn, S. M., Wattenberg, M., y Bernardy, N. C. (2003). Randomized Trial of Trauma-Focused Group Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(5), 481. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.5.481>
- Schwarz, J. E., Baber, D., Barter, A., y Dorfman, K. (2020). A Mixed Methods Evaluation of EMDR for Treating Female Survivors of Sexual and Domestic Violence. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 11(1), 4–18. <https://doi.org/10.1080/21501378.2018.1561146>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., y Teasdale, J. D. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Press.

Segal Z. V., Williams J. M. G., y Teasdale J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.

Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: An experimental analysis*.

Snoek, A., Beekman, A. T. F., Dekker, J., Aarts, I., Van Grootheest, G., Blankers, M., Vriend, C., Van Den Heuvel, O., y Thomaes, K. (2020). A randomized controlled trial comparing the clinical efficacy and cost-effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and integrated EMDR-Dialectical Behavioural Therapy (DBT) in the treatment of patients with post-traumatic stress disorder and comorbid (Sub)clinical borderline personality disorder: Study design. *BMC Psychiatry*, 20(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02713-x>

Sociedad Mindfulness y salud. (2022). *Modelos de Intervenciones Clínicas basadas en Mindfulness*. Nombre del sitio web. <https://www.Mindfulness-Salud.Org/Formacion-Profesional/Mindfulness-y-Psicoterapia/Modelos-de-Intervenciones-Clinicas/>.

Society of Clinical Psychology. (2022). *breve resumen desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares para el trastorno de estrés postraumático*. Nombre del sitio web. <https://div12.org/Treatment/Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-for-Post-Traumatic-Stress-Disorder/>

Society of Clinical Psychology. (2020). *Posttraumatic stress disorder: Society of clinical psychology, Society of Clinical Psychology | Division 12 of the American Psychological Association*. Nombre del sitio web <https://div12.org/Diagnosis/Posttraumatic-Stress-Disorder/>

Somohano, V. C., Kaplan, J., Newman, A. G., O'Neil, M., y Lovejoy, T. (2022). Formal mindfulness practice predicts reductions in PTSD symptom severity following a mindfulness-based intervention for women with co-occurring PTSD and substance use disorder. *Addiction Science and Clinical Practice*, 17(1).  
<https://doi.org/10.1186/s13722-022-00333-2>

Steil, R., Dittmann, C., Müller, M., Dyer, A., Maasch, A. M., y Priebe, K. (2018). Dialectical behaviour therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: a pilot study in an outpatient treatment setting. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1).  
<https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1423832>

- Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., y Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
- Susanty, E., Sijbrandij, M., Srisayekti, W., Suparman, Y., y Huizink, A. C. (2022). The Effectiveness of Eye Movement Desensitization for Post-traumatic Stress Disorder in Indonesia: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.845520>
- Tai, S., y Turkington, D. (2009). The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: Current practice and recent developments. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 865–873.
- Ter Heide, F. J. J., Mooren, T. M., Van De Schoot, R., De Jongh, A., y Kleber, R. J. (2016). Eye movement desensitisation and reprocessing therapy v. stabilisation as usual for refugees: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 209(4), 311–318. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.167775>
- Thorndike, E. L. (1913). *Educational psychology: The psychology of learning*.
- UPAD Psicología y Coaching. (2021, January 21). *Aplicación de la EMDR en el deporte*. Nombre del sitio web. <https://www.upadpsicologiacoaching.com/aplicacion-de-la-emdr-en-el-deporte/>
- Verhagen, I., van der Heijden, R., de Jongh, A., Korzilius, H., Mevissen, L., y Didden, R. (2022). Safety, Feasibility, and Efficacy of EMDR Therapy in Adults with PTSD and Mild Intellectual Disability or Borderline Intellectual Functioning and Mental Health Problems: A Multiple Baseline Study. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*. <https://doi.org/10.1080/19315864.2022.2148791>
- Wilhelmus, B., Marissen, M. A. E., van den Berg, D., Driessen, A., Deen, M. L., y Slotema, K. (2023). Adding EMDR for PTSD at the onset of treatment of borderline personality disorder: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 79. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2023.101834>
- Williams J. M. G., Teasdale J. D., Segal Z. V., y Kabat-Zinn J. (2007). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness*. Guilford Press.

Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., y Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1563–1571. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.04.001>

Wolpe, J., y Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses*. Pergamon Press.

World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*.

Zepeda Méndez, M., Nijdam, M. J., ter Heide, F. J. J., van der Aa, N., y Olf, M. (2018). Un programa de tratamiento EMDR para el TEPT de 5 días para pacientes hospitalizados: estudio piloto. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1425575>

## 9. Anexos

### ANEXO 1: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS TEPT SEGÚN DSM-5

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

**Nota:** El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

**Nota:** En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

**Nota:** En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

**Nota:** En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Tengo los nervios destrozados").

3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.

3. Hipervigilancia.

4. Respuesta de sobresalto exagerada.

5. Problemas de concentración.

6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

**Con síntomas disociativos:** Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. **Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. **Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

**Nota:** Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

**Con expresión retardada:** Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).