

# **Modelos cognitivo conductuales del trastorno por estrés postraumático**

## **Cognitive-behavioral models of posttraumatic stress disorder**

**Mario Guzmán Sescosse<sup>1</sup>**

*Universidad de Guadalajara*

*México*

**Ferran Padrós Blázquez<sup>2</sup>**

*Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo*

*México*

**Tonatiuh García Campos<sup>3</sup>**

*Universidad de Guanajuato*

*México*

**Francisco Laca Arocena<sup>4</sup>**

*Universidad de Colima.*

*México*

---

1 Doctorante del Doctorado Interinstitucional en Psicología. Contacto: [marioguzmans@hotmail.com](mailto:marioguzmans@hotmail.com)

2 Doctor en Psicología. Asesor de tesis

3 Doctor en Psicología. Integrante del comité tutorial del doctorante.

4 Doctor en Psicología. Integrante del comité tutorial del doctorante.

## Resumen

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) se presenta en sujetos que experimentaron, presenciaron o les explicaron algún acontecimiento con alto potencial traumático caracterizado por muerte o amenaza para su integridad física o la de otros. El TEPT consiste fundamentalmente en síntomas de reviviscencia (o reexperimentación), de evitación y de la actividad (arousal). Existe una alta comorbilidad con otros trastornos como son: trastornos afectivos, abuso y dependencia de sustancias, así como con problemas sociales, laborales y económicos. En México se ha estimado que hasta un 3% de la población cumple con los criterios de TEPT. Por ello resulta de gran importancia contar con modelos que permitan comprender el origen, desarrollo y mantenimiento de este trastorno. En este trabajo se revisan los principales modelos explicativos ofrecidos desde una perspectiva cognitivo conductual para este trastorno; El modelo del procesamiento emocional (Foa & Kosaks, 1985); La teoría del procesamiento dual de Brewin, Dagleth y Josephs (1996); La teoría cognitiva de Ehlers y Clarck (2000); y La teoría cognitiva social de Resick, Monson y Chard (2008). Finalmente, se discuten las implicaciones clínicas derivadas de ellos.

**Palabras clave:** Trastorno por Estrés Postraumático, Procesamiento Emocional, Procesamiento Dual, Teoría Cognitiva, Modelos Explicativos.

## Abstract

The posttraumatic stress disorder (PTSD) occurs in subjects who experienced, witnessed or were explained an event with high traumatic potential characterized by death or a threat to physical integrity of themselves or others. The PTSD essentially consists in re-experiencing symptoms, avoidance and arousal activity. Frequently, it is observed comorbidity with other anxiety disorders, such as mood disorders, substance abuse and dependence, as well as social, labor and economic problems. In Mexico it has been estimated that up to 13 % of the population meets the criteria for PTSD. Therefore it is important to have models to understand the origin, development and maintenance of this disorder. In this work, the main explanatory models offered from a cognitive behavioral perspective are reviewed: the model of emotional processing (Foa & Kosaks , 1985 ), the theory of dual processing by Brewin, Dagleth and Josephs (1996), the cognitive theory by Ehlers and Clark (2000 ) and the social cognitive theory by Resick, Monson and Chard (2008). Finally, their clinical implications are discussed.

**Keywords:** Posttraumatic Stress Disorder, EmotionalProcessing, Dual Processing, Cognitive Theory, Explanatory Models.

## Introducción

La Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2012 (ENVIPE) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI,2012) señala que el 24.5 % de la población mexicana mayor de 18 años, es decir 18,675,004, fueron víctimas de delito del fuero común como: robo o asalto en la calle o el transporte público 28%, extorsión 19.6 %, robo total o parcial del vehículo 14 %, fraude 8.6 %, amenazas 7.8%, robo en su casa ha-

bitación 7.6%, robo en forma distinta a los anteriores 4.4%, lesiones 4.1 %. Estos sin contar delitos como; homicidios, secuestros, narcotráfico, tráfico de indocumentados y demás delitos relacionados al crimen organizado.

Medina, Borges, Lara, Ramos, Zambrano y Fleiz (2005) reportan que el 68% de la población Mexicana ha estado expuesta al menos a un suceso estresante en su vida, y señalan que el 2.3% de las mujeres y 0.49% de los hombres presentaron un trastorno de estrés postraumático.

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) se presenta en sujetos que experimentaron, presenciaron o les explicaron algún acontecimiento con alto potencial traumático caracterizado por muerte o amenaza para su integridad física o la de otros (American Psychiatric Association, 2000). El TEPT conlleva: *Síntomas de reexperimentación*; recuerdos, sueños, ilusiones, alucinaciones o flashbacks del acontecimiento. *Síntomas de evitación*; evita pensamientos, conversaciones, lugares o personas asociadas al acontecimiento, además muestra desesperanza y restricción afectiva. *Síntomas de activación (arousal)*; Trastornos del sueño, ira, pobre concentración, hipervigilancia y sobresalto (APA, 2000).

Además un número significativo de pacientes con TEPT experimentan comorbilidad con otros trastornos mentales y físicos (Sareen, Cox, Stein, Afifi, Fleet & Asmundson, 2007). Finalmente, debe comentarse que el TEPT también se asocia con dificultades sociales, laborales y económicas, por ello, se ha reportado un bajo nivel de calidad de vida en este tipo de pacientes (APA, 2000).

El objetivo del presente trabajo es describir y analizar los modelos explicativos ofrecidos desde la perspectiva cognitivo-conductual más reconocidos. Nótese que los modelos resultan de invaluable ayuda para la comprensión del desarrollo y mantenimiento del TEPT, así como para el diseño de tratamientos que puedan ser efectivos.

### **Modelo del procesamiento emocional de Foa y Kosaks (1985).**

Este modelo tiene sus raíces en el trabajo pionero de Lang (1977) quien buscaba dar una explicación a los mecanismos que operan en la reducción del miedo a través de la terapia conductual. Para ello, hizo referencia a la presencia de lo que denominó *estructuras del miedo*, las cuales modulan el procesamiento de la información en relación con la percepción e interpretación de estímulos (como peligrosos), producto de la asociación con experiencias previas, por lo que tienden a ofrecer respuestas congruentes con el estado del miedo ante los mismos. De forma implícita, el modelo explicaría la aparición del trastorno fundamentalmente a través de una vulnerabilidad adquirida en los primeros años de vida (debido a que es cuando se generan los esquemas más nucleares, como los referidos al miedo).

Lang (1977) señaló que en cada una de las experiencias de miedo, se pueden realizar nuevas asociaciones susceptibles de activarse frente a situa-

ciones futuras (ante estímulos evocadores). Desencadenando por ejemplo, conductas de evitación ante la percepción de señales que son percibidas como peligro. Dando lugar en algunos sujetos lo que puede denominarse “efecto gatillo”, el cual consiste que ante un estímulo (condicionado) se experimenta una respuesta de alarma y se emite una respuesta motora de huida, evitación o de parálisis de forma automática sin ser procesada conscientemente. También pueden explicar fenómenos como los observados en casos de “exposición con prevención de respuesta”, en los que según el modelo, el sujeto generaría nuevas asociaciones en las estructuras del miedo y ello explicaría las modificaciones en las respuestas observadas.

Basados en las *estructuras del miedo*, Foa y Kozaks (1985; 1986) buscaron dar una explicación al desarrollo, mantenimiento y el tratamiento de los trastornos de ansiedad, distinguiendo entre miedo “normal” o adaptativo y patológico. El *miedo normal o adaptativo* es concebido como aquel en el cual el sujeto desarrolla asociaciones que posteriormente se activan ante circunstancias que suponen un peligro objetivo y da lugar a respuestas que aumentan la probabilidad de supervivencia del individuo. El concepto de *miedo patológico o desadaptativo* alude a aquellos casos en el que se realizan asociaciones que posteriormente inciden en la emisión de respuestas que no son adaptativas. Por ejemplo cuando se activa la respuesta de alarma frente a estímulos que no representan, ni son indicativos de un peligro objetivo o se experimenta una intensidad de respuesta de alarma desproporcionada al potencial daño que puede recibirse (Foa, Huppert & Cahill, 2006).

Según el modelo del procesamiento emocional (Foa, Huppert & Cahill, 2006), el mantenimiento de la estructura patológica del miedo es resultado de dos fenómenos; el primero es la *Evitación Conductual y Cognitiva* que la persona hace ante los estímulos (pueden ser estímulos percibidos, imágenes o pensamientos autogenerados) asociados a peligro (no real o desproporcionado), en el cual la persona experimenta miedo y realiza un comportamiento de evitación. El segundo fenómeno, se refiere a *sesgos* que la persona presenta en los procesos cognitivos de codificación, interpretación y recuperación derivados de la propia estructura del miedo. Debido a los efectos de ambos fenómenos, el sujeto se ve impedido de disponer de nueva información inconsistente con la ofrecida desde la estructura de miedo. Ello explicaría por qué no se observa recuperación y la alteración tiende a ser crónica en pacientes con trastornos de ansiedad. Según Foa, Huppert y Cahill (2006) sólo la información inconsistente con las asociaciones que mantienen la estructura del miedo podrá llevar a una recuperación del sujeto. En el caso específico del TEPT, dichas asociaciones se establecen entre los recuerdos del trauma y la creencia de que se está expuesto de forma constante a la posibilidad de un grave peligro y de que uno no es competente para hacerle frente.

El concepto fundamental para este modelo es el que Foa y Kozak (1985; 1986) llamaron *procesamiento emocional*, el cual se centra en el supuesto de una red de asociaciones en la memoria a largo plazo que incorpora información sobre estímulos presentes durante el evento traumático, junto a información interoceptiva referida a la reacción fisiológica, conductual y cognitiva ofrecida durante el evento traumático, y finalmente, las relaciones entre los distintos componentes. Dicha red de asociaciones en la memoria es susceptible de ser modificada. Según el modelo, la presencia de una red de asociaciones anómalas explicaría la aparición y mantenimiento del trastorno, y la generación de nuevas asociaciones no patológicas explicaría la recuperación. La activación de la estructura de la memoria del miedo patológica o de la adaptativa estará determinada, en gran medida, por la historia de aprendizajes del sujeto.

Según este modelo para que se realice una modificación (recuperación) se requiere; 1- la activación de la estructura de la memoria del miedo y 2- la incorporación de información novedosa e incompatible con el contenido de la estructura de la memoria del miedo (Foa & Kozak, 1986). Para que se lleve a cabo la primera condición, es necesario que el sujeto se enfrente a situaciones o estímulos asociados con peligro y que provoquen la respuesta del miedo. En cuanto a la segunda condicionante, es necesario que el sujeto pueda procesar nueva información incompatible con la anterior y que sea incorporada generando una nueva asociación. Pero la modificación no se consolidará, si el individuo evade la situación temida o si la situación evocada se vuelve a presentar como un gran peligro para el sujeto, en ese caso se daría una confirmación de la estructura del miedo e incluso la reforzaría (Foa, Huppert & Cahill, 2006).

En el caso de sujetos con TEPT se observa, según el modelo, un *fallo en el procesamiento del acontecimiento traumático* que hace imposible la recuperación y que refuerza la estructura de miedo. Además Foa, Huppert y Cahill (2006) señalan que el nivel de *compromiso emocional*, que se refiere al elevado nivel de activación del miedo experimentado por el sujeto durante el evento, es un factor clave para su recuperación. Aquellos sujetos que experimentaron un intenso miedo (alto compromiso emocional) durante el acontecimiento y en las primeras semanas posteriores al evento traumático, tendrán mayor probabilidad de hacer un procesamiento emocional adecuado. En cambio aquellos que presentan estrategias de evasión e incluso de disociación durante el evento (bajo nivel de compromiso emocional) y los días posteriores a este, tendrán mayor dificultad para su recuperación. Un retraso en la experiencia emocional al evento traumático es concebido también como un bajo nivel de *compromiso emocional*, y por ello también interferirá en la recuperación natural del sujeto y en el *procesamiento emocional* del evento.

Otro factor fundamental para comprender el desarrollo y mantenimiento del TEPT son las *cogniciones relacionadas con el trauma*, por ejemplo las ideas de que “el mundo es un lugar totalmente peligroso” o “yo soy siempre incompetente”. Las cogniciones representan la base fundamental de la estructura del miedo del TEPT, y provocan que en el individuo se activen con gran facilidad pensamientos negativos frente a estímulos asociados con la experiencia traumática (Foa, Huppert & Cahill, 2006).

Finalmente, otro elemento esencial que está presente en los sujetos con TEPT es un *desorganizado nivel de narrativa* acerca del trauma. Foa, Huppert y Cahill, (2006) explican que un elevado compromiso emocional se asocia a una adecuada organización en la narrativa del trauma. De modo que será necesaria una elevada activación emocional para favorecer un adecuado procesamiento para modificar de forma saludable la estructura del miedo. Ello también explica que aquellos que pueden expresar repetidamente sus emociones y pensamientos asociados al trauma con sus seres cercanos, tienen menor probabilidad de desarrollar un TEPT. En sentido opuesto, aquellos que no tienen la oportunidad de expresar sus cogniciones y emociones sobre lo acontecido o que deciden evadirlo, no desarrollan una narrativa estructurada sobre lo acontecido y estarán en riesgo de desarrollar un malestar crónico. Ello justifica el uso de técnicas como el *Debriefing* utilizadas en circunstancias como desastres y catástrofes.

### **Teoría de la representación dual de Brewin, Dagleth y Josephs (1996)**

El modelo propuesto por Brewin, Dagleth y Josephs (1996) considera que es limitado pensar en una sola representación o estructura del miedo como el modelo propuesto por Foa, Huppert y Cahill, (2006). El presente modelo se sitúa en la línea de propuestas en las que se propone la existencia de distintos patrones de codificación, almacenamiento y recuperación de la información de un suceso (Broadbent, Fitzgerald & Broadbent, 1986; Tulving y Schacter, 1990), así como los estudios de tipo neuroanatómico donde se proponen diferentes vías por las que la información proveniente de eventos con gran carga emocional son almacenadas en la memoria, en ocasiones con implicación de estructuras corticales y en otras solo con la participación de estructuras subcorticales (LeDoux, 1992). Brewin, Dagleth y Josephs (1996) postulan que frente a un evento potencialmente traumático se generan dos tipos de representaciones, mismas que se desglosan a continuación.

El primer tipo, es la representación o *conocimiento accesible verbalmente* y el segundo la representación o *conocimiento accesible de forma situacional*. El primero alude a un proceso cognitivo y consciente, que tiene que ver con los recuerdos autobiográficos del acontecimiento traumático, contiene información sensorial de las circunstancias en las que se experimentó el evento, así como de las reacciones emocionales y psicológicas experimentadas y finalmente, relativas a la valoración y al significado otor-

gado al evento. Sin embargo, debe destacarse que frecuentemente se observan fenómenos aparentemente paradójicos, como el hecho de recordar con gran detalle aspectos irrelevantes y omitir aspectos fundamentales del evento. Ello podría explicarse por correlatos observados en situaciones de investigación donde niveles muy elevados de ansiedad se asocian con un aumento considerable de la atención selectiva, y al mismo tiempo con una reducción de la capacidad de memoria de trabajo (Eysenck & Keane, 1990).

El segundo tipo, es la representación o *conocimiento accesible situacional* que hace referencia a un proceso de carácter inconsciente y que contiene información sensorial, fisiológica y motora, teniendo elementos fundamentalmente emocionales. No pueden ser evocados a través de un esfuerzo intencionado de la memoria, sino que se recuperan (y pueden hacerse conscientes) a través de métodos que supongan una exposición al recuerdo, siempre y cuando genere repuestas intensas de miedo como las experimentadas en la situación traumática, lo cual permite detectar las asociaciones que el sujeto realizó entre estímulos en el ambiente (o de la situación) y la experiencia traumática, a ello se le llaman *memoria accesible situacional*. De tal forma que al percibir consciente o inconscientemente alguno de ellos, el paciente ofrece una respuesta condicionada. Según el modelo, la persona también puede ser consciente de dichas representaciones a través de los síntomas internos como elevados niveles de *arousal*, detección de impulsos motores, o mediante la presencia de imágenes intrusivas, e incluso estados disociativos.

Debe comentarse que la experiencia traumática aguda desencadena una gran respuesta hormonal que se ha relacionado con una disminución de la actividad neuronal que implica estructuras anatómicas fundamentales para el procesamiento consciente (Jacobs y Nadel, 1985). Los autores proponen que estas representaciones se forman a través de códigos analógicos y posibilitan la recreación de la experiencia original. Los códigos a los que aluden forman parte de la representación total del trauma y contienen: A) información referida a la asociación de estímulos de forma automática con el trauma, B) información significativa por el valor adaptativo, derivada de un aprendizaje previo, obtenida mediante una evaluación no consciente de mecanismos concernientes al logro de metas universales como por ejemplo el apego a los cuidadores o la regulación del status jerárquico social, C) información sobre el estado de consciencia de la persona como por ejemplo el nivel de disociación durante la situación traumática. A continuación se muestra un esquema realizado por Brewin, Dagleth y Josephs (1996) de cómo operan ambas representaciones en el sujeto.

Siguiendo la propuesta de Herman (1992) y Terr (1991), Brewin, Dagleth y Josephs, (1996) distinguen dos tipos de traumas: el tipo 1 cuando existe un único episodio estresante y el tipo 2 cuando hay más de un episodio estresante o cuando el mismo episodio se experimenta de forma reiterada.

Señalan la elevada posibilidad que en este último caso el sujeto experimente síntomas disociativos, lo cual puede generar impedimentos en la recuperación y expresión de la memoria verbal, inhibiendo el *procesamiento emocional* necesario para la resolución del trauma.

Para este modelo, el *procesamiento emocional* es un proceso natural que sirve en el proceso de recuperación de un sujeto que ha pasado por una experiencia traumática. Además, el procesamiento emocional hace referencia al proceso consciente de forma amplia, donde las representaciones de eventos del pasado y futuros, así como la consciencia de las reacciones corporales se hacen presentes y son manipulados repetidamente a través de la memoria de trabajo. Los resultados pueden o no ser satisfactorios. Los autores señalan dos elementos fundamentales en dicho procesamiento emocional: el primero envuelve la activación de *memoria situacional accesible*, que tiene como función ayudar al reajuste cognitivo suplantando los detalles físicos y sensoriales del evento a través de los flashbacks. El segundo elemento, es el intento consciente de acomodar la información conflictiva del trauma buscando sentido o significado haciendo juicios de causa y culpa, la finalidad de este procedimiento es reducir el afecto negativo restaurando el sentido de seguridad y control, al mismo tiempo permite hacer juicios apropiados sobre sí mismo y el mundo. Este proceso tiene la desventaja de crear pistas internas que activan espontáneamente la *memoria situacional accesible* a nivel de la consciencia.

El *procesamiento emocional* implica la activación de reacciones emocionales condicionadas en el momento del trauma como el miedo y el enojo. Normalmente estas son las primeras en experimentarse dentro del procesamiento y son desarrolladas a través de la *memoria situacional accesible*. Conforme pasa el tiempo pueden experimentarse otras emociones como la culpa y el remordimiento como resultado de atribuirse responsabilidad por el evento traumático. A este tipo de emociones Brewin, Dagleth y Josephs (1996) les llaman “secundarias”, Resick, Monson y Chard (2008) les llamarán “manufacturadas”.

Los objetivos finales del procesamiento emocional son; primeramente que el sujeto pueda reducir las emociones “secundarias” sus efectos a través de integrar la información del trauma con las creencias previas que él tenía y así poder hacer adecuación de creencias con expectativas más realistas sobre la seguridad, los objetivos en la vida, y sobre la responsabilidad que uno se adjudica respecto al trauma. Al hacer esto habrá una reducción en las emociones negativas experimentadas y en los síntomas del TEPT. El segundo objetivo es que a través de este *procesamiento emocional* se genere una reestructuración cognitiva consciente apareando nuevas representaciones de acción efectiva a las representaciones de peligro originales hechas por el sujeto sobre el trauma. Según el modelo existen tres posibles culminaciones del *procesamiento emocional*:

1- *Terminación/integración*; el cual es el resultado ideal donde las memorias del trauma han sido adecuadamente procesadas y son integradas al repertorio de memorias del sujeto y a su sentido de sí mismo en el mundo, lo que reduce el afecto negativo incrementando el sentido de control y resolviendo las discrepancias entre las creencias y objetivos previos al trauma. Para que esto suceda, la persona debe haber experimentado una frecuente repetición de la experiencia traumática a través de la memoria, aceptando la realidad y sus consecuencias en un estado emocional que no lo sobrepase.

2- *Procesamiento emocional crónico*; existen agravantes como consecuencias, duración o severidad del trauma que pueden impedir la conciliación de la discrepancia entre las creencias a priori y el trauma, provocando que las memorias no puedan ser integradas, y la persona no logre desarrollar un sentido de seguridad y confianza en el futuro. Como consecuencia de ello, la persona puede verse crónicamente afectada por las memorias intrusivas y las consecuencias del trauma, desarrollando los síntomas del TEPT de manera crónica junto con la comorbilidad asociada.

3- *Inhibición prematura del procesamiento*; usualmente se da como resultado de las estrategias de evitación ante lo displacentero que supone la exposición a la información que permite el *conocimiento accesible de forma situacional* y el *conocimiento accesible verbalmente*. Las estrategias de evitación cognitiva y conductual impiden el procesamiento emocional, a través de ello se consigue que la activación emocional y las memorias intrusivas se detengan, sin embargo el *conocimiento accesible situacional* seguirá haciéndose presente bajo algunas circunstancias, los sesgos atencionales seguirán presentes, además puede darse un apareamiento trauma-estímulo por lo que es probable que se presenten evitaciones fóbicas a las situaciones relacionadas con el trauma y finalmente manifestaciones somáticas frecuentes. Por lo que a pesar de aparentar recuperación, en realidad las memorias no procesadas se reactivarán de forma inesperada e indeseada en cualquier momento de la vida.

También este modelo de forma implícita, explicaría la aparición del trastorno fundamentalmente a través de una vulnerabilidad (no queda tan claro si es solo adquirida o quizás contempla influencia innata).

### **Teoría Cognitiva de Ehlers y Clarck (2000)**

Este modelo centra su interés en: 1) Las evaluaciones que el sujeto hace sobre el evento traumático y sus consecuencias, 2) La forma en que se almacena en la memoria, 3) La Relación entre la memoria del trauma y la evaluación del trauma, 4) La relación entre los procesos cognitivos y las conductas mal adaptativas, 5) El procesamiento cognitivo durante el trauma y 6) Las características del trauma, las experiencias y creencias previas al trauma y el estado actual del sujeto.

Dichos procesos, según el modelo, son las vías por las cuales un individuo desarrolla el trastorno de estrés postraumático y se mantiene a lo largo del tiempo.

1- *Diferencias individuales en la evaluación del trauma y sus consecuencias.* Los autores señalan dos tipos de evaluación, un tipo se refiere a la **evaluación propia del evento traumático**. En la cual puede observarse en algunos casos una *sobregeneralización del evento*, lo que conllevará a percibir las situaciones cotidianas más peligrosas de lo que en realidad son y/o a percibir una probabilidad exageradamente elevada de volver a ser víctima o testigo de futuras experiencias traumáticas. El otro tipo de evaluación se refiere a la **evaluación sobre las secuelas o consecuencias de la experiencia traumática**, que alude a la *forma en que uno se sintió y/o comportó durante el evento traumático*, algunos sujetos con TEPT concluyen por la forma en cómo se comportaron durante el evento, que son responsables e incluso culpables de lo ocurrido.

En cuanto a la evaluación de las consecuencias, los sujetos suelen hacerlas en tres rubros; **evaluación sobre los síntomas iniciales del TEPT**, los sujetos con TEPT, suelen ver las reacciones fisiológicas y/o emocionales consecuentes del evento como una señal de un cambio profundo y permanente en su forma de ser y actuar, (y no como parte del proceso natural de recuperación) lo que produce un ánimo negativo y favorece el uso de estrategias de afrontamiento negativas que llevarán al surgimiento y mantenimiento del TEPT. La segunda es la **evaluación sobre las reacciones que los demás tienen sobre el evento traumático**, si los familiares y amigos adoptan estrategias de evitación respecto a hablar sobre el evento (por ejemplo; con la finalidad de no estresar al paciente), éste puede interpretarlo como un desinterés de su parte o que lo culpan o responsabilizan de lo sucedido. Estas interpretaciones tienen como consecuencia que el sujeto pierde la oportunidad de sentir alivio y tener las apreciaciones de los demás que le ayuden a modular sus creencias distorsionadas sobre el evento. Finalmente, está la evaluación de **las consecuencias que el traumatizante en áreas como las físicas, financieras o profesionales**. Los sujetos con TEPT suelen interpretar que el evento tendrá consecuencias devastadoras en dichas áreas y además cree que éstas se darán de forma permanente e incluso que serán peores en el futuro.

Ehlers y Clark (2000) siguiendo a Beck (1976), sugieren que las evaluaciones del evento serán las que determinen el tipo de respuesta emocional del sujeto. Las evaluaciones de *peligro percibido* provocarán miedo, las evaluaciones de *que otros no siguen las reglas y de injusticia* provocará ira, las evaluaciones sobre la *supuesta responsabilidad* de la víctima sobre el evento traumático desencadenarán culpa, las evaluaciones sobre haber *transgredido los estándares internos* generarán vergüenza y finalmente, las

evaluaciones de pérdida desembocarán en tristeza. Por ello según el modelo, la razón por la cual los pacientes con TEPT presentan distintos tipos de emociones negativas es porque generan distintas evaluaciones en distintos momentos.

*2- Diferencias individuales en la naturaleza de la memoria traumática y el vínculo con otras memorias autobiográficas.*

Los pacientes con TEPT suelen tener dificultades con dos aspectos específicos de la memoria. Uno de ellos es la **incapacidad para evocar un recuerdo total** de lo acontecido en el evento traumático, por lo que suelen ser memorias fragmentadas, desorganizadas y con dificultades en la configuración temporal de lo sucedido. El otro es la **aparición involuntaria de recuerdos** que incluyen reexperimentación de aspectos del evento en una manera muy vivida y que suelen ser fruto de los denominados “gatillos” es decir, estímulos que desencadenan la respuesta involuntaria de recuerdos.

Esta aparente discrepancia entre los recuerdos voluntarios y las activaciones o “gatillos” de la memoria que fácilmente aparecen, la explica Ehlers y Clarck (2000) a través de; *a) la naturaleza de la reexperimentación, b) la pobre elaboración e incorporación a la memoria base autobiográfica, 3- fuerte asociación E-E y E-R y 4- un fuerte primado o priming perceptual.*

*a) Naturaleza de la reexperimentación.*

Sus características son; a) La reexperimentación consiste en impresiones sensoriales, primordialmente visuales, más que en pensamientos, b) Las impresiones sensoriales son experimentadas como si estuvieran pasando en el presente y no como memorias del pasado, c) Las emociones y las impresiones sensoriales son reexperimentadas incluso con información contradictoria o sabiendo que no son reales en el presente, d) La reexperimentación puede ser fisiológica con sensaciones y emociones asociadas al evento traumático pero sin fundamento aparente. Como suele suceder en las mujeres que fueron violadas y reexperimentan las sensaciones físicas ante un hombre con alguna semejanza con el perpetrador, e) La reexperimentación puede ser activada a través de “pistas” asociadas al evento traumático incluso sin una clara relación semántica.

*b) Pobre elaboración e incorporación a la memoria base autobiográfica.*

El modelo toma en consideración las dos rutas de recuperación de la memoria autobiográfica propuestas por Brewin et al., (1996, como se citó en Ehlers y Clarck, 2000). La primera, considerada de orden superior debido a que la conexión se fundamenta en significaciones, y se caracteriza porque la recuperación es intencional. En la segunda sin embargo, la recuperación se establece mediante la activación directa por un estímulo que evoca un evento.

La información sobre los eventos vividos por una persona habitualmente se incorpora en la memoria autobiográfica y se organiza por periodos de tiempo y por temas mediante la primera ruta, no activándose habitualmente la segunda ruta (Conway y Pleydell-Pearce 1997, citado en Ehlers y Clarck, 2000). Dicha información adquirida conscientemente, comprende información específica sobre el evento y también información general sobre el periodo de tiempo y lugar donde sucedió, así como información abstracta sobre la significación del evento. El modelo propone que en los pacientes con TEPT la memoria autobiográfica es pobremente elaborada, y la información es integrada de forma inadecuada en el contexto, en el tiempo, lugar y la memoria sobre eventos previos y subsecuentes que forman parte de otros recuerdos autobiográficos. Ello explica la dificultad que manifiestan los pacientes para la evocación intencional del evento (se establece una débil ruta semántica y pobremente contextualizada que dificulta la recuperación), lo cual incluye la dificultad de poder retener pensamientos (información semántica) como “el evento ya sucedió, y yo no morí”. Por ello, el modelo explica también la facilidad con que se puede activar a través de claves estímulares (por la segunda ruta).

c) *Asociación E-E y E-R.*

El aprendizaje E-E (condicionamiento clásico o pavloviano) y E-R (condicionamiento skinneriano u operante) que se realiza sin intencionalidad, tiene como consecuencia que el organismo se anticipe, incluso sin ser conscientes de ello, acerca de lo que sucederá. Según Ehlers y Clarck, (2000) en el caso de los pacientes con TEPT, este aprendizaje se da a través de una asociación entre diversos estímulos que pudieron estar en el evento traumático o bien se encontraban justo antes o poco después de este. Posteriormente, esos estímulos (condicionados) tienen la capacidad de evocar la respuesta alarma como la experimentada durante el trauma en el sujeto haciendo difícil identificar cuál fue el origen o la causa que provocó dicha reacción. Ello puede llevar al paciente a reforzar el estado de vigilancia constante y a dificultar un nuevo aprendizaje que le permita ver que se encuentra en una situación segura.

d) *Primado o priming perceptual.*

Ehlers y Clarck (2000) proponen que los pacientes con TEPT desarrollan lo que se conoce como primado o *priming* perceptual, es una memoria implícita que se asoció con el evento traumático y que se activa incluso con un umbral perceptivo muy bajo, donde no requiere presentarse el estímulo completo sino sólo una parte de él para activar la sensación de peligro. Como esta peculiar forma de memoria está conectada con otras formas de memoria, es posible que sensaciones físicas similares a las del evento traumático funcionen como “gatillos” y desencadenen los síntomas de reexperi-

mentación, incluso cuando el paciente está consciente de que la situación en la que se encuentra es totalmente diferente a la del trauma.

### *3-Relación entre la memoria del trauma y la evaluación del trauma*

Ehlers y Clarck (2000) afirman que existe una relación bidireccional entre la memoria del trauma y la evaluación del trauma y sus consecuencias. Lo cual alude a que cuando los sujetos reexperimentan (es decir recuerdan) el evento traumático lo hacen mediante los elementos extraídos a través de la evaluación (parcial) que realizaron y de la recuperación selectiva de la información, la cual es consistente con dicha evaluación. Dicha recuperación selectiva de la información sobre el evento traumático hace que el sujeto no tenga una impresión total de lo acontecido. Ello lo lleva a percibir sólo aquello que corrobore las creencias que mantiene y no tenga otra información con la que confrontar la evaluación realizada en primera instancia.

### *4- Relación entre los procesos cognitivos y las conductas maladaptativas.*

Ehlers y Clarck (2000) consideran que las evaluaciones se asocian con las estrategias cognitivas que desarrollan los sujetos y éstas llevan a realizar conductas maladaptativas. Por ejemplo, las valoraciones negativas que puede tener sobre “recordar o pensar el trauma” como por ejemplo que ello traería consecuencias como; “volverse loco”, “perder el control”, “daños a la salud”, etc. Favorecen la realización de estrategias disfuncionales como; “tratar de no pensar en el trauma”, “distráer la mente”, “tomar alcohol o drogas”, etc.

Merecen especial atención las creencias y estrategias disfuncionales asociadas como; “si no controlo mis emociones me dañaré o dañaré a alguien”. Éstas se asocian con: la evitación de todo aquello que pueda generar una emoción positiva o negativa, conllevando embotamiento emocional.

Las creencias del tipo; “Si no encuentro cómo pude haber prevenido el trauma, me veré condenado a repetirlo de nuevo”. Se asocia con estrategias disfuncionales como; rumiación.

Cuando se mantienen creencias como; “acudir al sitio del evento o vestir la misma ropa del día del evento desembocará en otro trauma o en mayores complicaciones”, el sujeto usará como estrategia la evitación del lugar y de la ropa.

Sobre la creencia de “es conveniente tomar precauciones extras o de lo contrario seré atacado”, el sujeto puede armarse, vigilar a gente “potencialmente peligrosa”, asegurarse de estar cerca de la salida en lugares públicos, etc.

Como puede inferirse varias de las estrategias realizadas impiden que el sujeto confronte el trauma y pueda tener una nueva revaloración del mismo y por lo tanto una mejoría sintomática.

#### *5- Procesamiento cognitivo durante el trauma.*

Otro aspecto que este modelo a resaltar, es el procesamiento cognitivo en el momento del trauma, Ehlers y Clarck (2000) aseguran que si el sujeto presenta pensamientos de derrota mental (del tipo; “no tengo ningún control”, “estoy desamparado”, o “he perdido mi dignidad”) durante el evento traumático desarrollará creencias o evaluaciones negativas sobre sí mismo, la permanencia constante del TEPT e incapacidad para enfrentarlo.

Las personas que pasan por una experiencia traumática que se vieron abrumados por las impresiones sensoriales y la confusión, aquellos que no pudieron mantener un pensamiento claro y analizar lo que sucedía, tendrán una carencia autorreferencial durante el trauma y es probable que desarrollen una forma crónica de TEPT y una afectación en la memoria del evento. Esto se explica porque dicho procesamiento impide el almacenamiento en la memoria de una forma organizada y localizada en el contexto del evento. Este procesamiento cognitivo es menos conceptual y más centrado en los elementos sensoriales del trauma, lo cual contribuye a explicar el porqué de las reexperimentaciones sensoriales.

#### *6- Características del trauma, experiencias y creencias previas y estado actual.*

Finalmente, este modelo tiene en cuenta el tipo de trauma, las creencias y experiencias previas al evento traumático, los cuales son contemplados por el modelo como factores que influyen tanto en la evaluación como su recuerdo. En cuanto a las características del trauma, hay dos elementos a tener en cuenta: la duración y la predicción del evento. Mientras mayor sea la duración y menor sea la posibilidad de predicción, mayor será el efecto traumático, pues dificultará un procesamiento saludable. Sobre las experiencias previas al trauma, Ehlers y Clark (2000) señalan que aquellos que sufrieron eventos traumáticos en la infancia pueden tener mayores dificultades para procesar el último evento traumático. De igual forma las creencias previas al evento como; “nadie puede dañarme”, “yo no experimentaré situaciones peligrosas”, etc. pueden provocar una gran confusión y dificultad para procesar y comprender el evento. También en aquellos que contaban con creencias a priori negativas sobre sí mismos, pueden concebir el evento traumático como una confirmación o reafirmación de las mismas. Como por ejemplo; creencias previas relacionadas con sentimiento de culpa, pueden hacer ver el evento como una especie de castigo.

También este modelo de forma implícita, explicaría la aparición del trastorno fundamentalmente a través de una vulnerabilidad adquirida.

#### **Teoría Cognitiva Social de Resick (2008)**

Este modelo señala que la gran mayoría de los sujetos que pasan por trauma tendrán una recuperación natural de las reacciones psicológicas y somá-

ticas después del evento potencialmente traumático los cuales son vistos como reacciones normales. Sin embargo, algunos sujetos no logran esa recuperación natural por lo cual se sugiere ver al TEPT como una falla en el proceso de recuperación dónde ciertos elementos la obstaculizan.

Este modelo se centra en el contenido de los pensamientos asociados con el evento traumático, subrayando el efecto que las creencias distorsionadas tienen a nivel emocional y conductual en los pacientes con TEPT. Resick, Monson y Chard (2008) consideran que el modelo del procesamiento emocional y de la información se enfoca predominantemente en el esquema del miedo y deja a un lado otras redes cognitivas asociadas al horror, la tristeza, la ira, la culpa o la humillación. Dichas redes, y no sólo la del miedo, se hacen presentes en varios pacientes con TEPT.

Las respuestas de alarma y comportamiento de lucha-huida-paralización que el sujeto muestra durante el acontecimiento con alta probabilidad de trauma se asocian a claves del ambiente (imágenes, sonidos, olores e incluso la hora del acontecimiento) que estuvieron durante el evento y que antes no tenían ningún significado particular. Pasado el evento traumático estas claves podrán activar la respuesta de alarma y comportamiento de lucha-huida-paralización lo que explicaría la presencia de síntomas de reexperimentación. El sujeto entonces buscará evitar las claves de cuyas asociación con el evento es consciente para no experimentar el malestar, lo cual impide un nuevo aprendizaje acerca de que el peligro ya no está presente, lo cual mantendrá un estado de activación en la persona que incidirá en posteriores evaluaciones de situaciones cotidianas como potencialmente peligrosas. Esto conllevará a falsas alarmas y a una pérdida en la confianza del juicio del propio sujeto.

Este modelo considera que existen dos tipos de emociones en los pacientes con TEPT: 1) emociones “naturales” o primarias; miedo, ira o tristeza y que son resultado directo de los pensamientos derivados del acontecimiento traumático como interpretación de una situación real de peligro, abuso o pérdida y 2) emociones secundarias o “manufacturadas”; como por ejemplo la vergüenza y la culpa, que son contempladas como resultado de pensamientos distorsionados que el sujeto hace sobre el evento traumático.

Además, este modelo señala que todas las personas cuentan con esquemas previos que se ven confrontados por el evento potencialmente traumático. Especialmente presta atención a *la creencia del mundo justo* la cual consiste en asumir que “las cosas buenas les pasan a las personas buenas y las cosas malas a las personas malas”. Este tipo de creencia suele estar arraigada en muchos de los sujetos con TEPT por lo que el evento con alta probabilidad de trauma la confronta. Esto lleva al sujeto a realizar una o más de las siguientes opciones: 1. **Asimilación**; que incide en la interpretación de la información entrante con el objetivo de hacerla compatible con el esquema previo. P ej. “Esta experiencia negativa es un castigo por las cosas que

he hecho”. 2. **Acomodación**; es el proceso cognitivo por el cual el sujeto cambia sus creencias previas con el objetivo de adaptarlas a la información nueva que el evento proporcionó, p. Ej. “La vida no es tan segura como yo pensaba, pero tampoco es totalmente insegura”. Se considera que aquellos que pasan por dicho proceso no desarrollarán TEPT. De modo que la acomodación es un objetivo primordial a conseguir en el proceso terapéutico propuesto por Resick, Monson y Chard (2008). 3. **Sobre-acomodación**; hace referencia a la tendencia de una generalización extrema de las creencias de uno mismo, los demás y el mundo con la intención de obtener una sensación de control. P. Ej. “No puedo confiar en nadie, lo que me sucedió es evidencia de que todos buscan dañarme”. Esto es más probable cuando el paciente tenía creencias previas al acontecimiento de inseguridad y desconfianza a los demás.

Este modelo considera a la evitación como un factor principal de mantenimiento del TEPT, pues los pensamientos y las conductas encaminadas a no reexperimentar el suceso traumático y los estímulos asociados a éste interfieren con el procesamiento emocional y la reestructuración cognitiva. Los sujetos suelen creer que si piensan, hablan o se enfrentan a estímulos asociados con el trauma no podrán manejar sus reacciones emocionales o que volverán a sufrir como lo hicieron en la experiencia traumática. Sin embargo, si el sujeto enfrenta dichos procesos y permite la expresión afectiva, se generará un cambio en los elementos afectivos almacenados en la memoria del trauma y en las creencias que se tienen.

A diferencia del modelo de Foa, Huppert y Cahill, (2006), donde se promueve que el paciente hable (se exponga) sobre lo acontecido para generar una habituación y así disminuir el malestar del sujeto, Resick, Monson y Chard (2008) consideran que la técnica es útil porque permite no sólo la habituación sino el cambio cognitivo. Según el modelo la expresión afectiva permite al sujeto modificar los afectos y sobre todo las creencias distorsionadas y almacenadas en la memoria a través de mecanismos como asimilación o sobre-acomodación, por creencias que se sostienen en la acomodación que darán lugar a un cambio afectivo deseable. Consideran que las emociones primarias o naturales se desvanecerán y dejarán de permanecer de forma anómala en la memoria una vez que hayan sido procesadas a través de la acomodación. La técnica de reproducir de forma hablada los recuerdos sobre el evento, permitirá trabajar con las emociones manufacturadas y las creencias asociadas a ellas.

Según el modelo es frecuente que en los pacientes con TEPT los esquemas de confianza, seguridad, control, estima e intimidad se ven afectados por la experiencia traumática generando **Puntos de estancamiento** los cuales son creencias que interfieren en el proceso de recuperación. Pueden ser automáticas y normalmente se relacionan con culpa, vergüenza o alguna otra emoción intensa y “manufacturada”. Por lo que el modelo predice

que al modificar las emociones “manufacturadas” y las creencias asociadas a ellas, se generará un cambio positivo en los esquemas conllevando a una mejoría de los síntomas del TEPT.

Este modelo de forma más evidente, explicaría la aparición del trastorno fundamentalmente a través de una vulnerabilidad adquirida (sobre todo de tipo social) responsable de las creencias que las personas mantienen.

## Discusión

Los modelos teóricos para el TEPT que se revisaron buscan explicar el desarrollo, mantenimiento y tratamiento de dicho trastorno. El modelo del procesamiento emocional hace énfasis en las estructuras del miedo y en el procesamiento emocional inadecuado como elementos que explican el desarrollo y mantenimiento del TEPT. Para este modelo, la activación de las estructuras del miedo junto con el acceso a información incompatible con dichas estructuras, conllevarán a un procesamiento emocional apropiado (Foa & Kozak, 1985; 1986). De modo que la exposición a través de la narrativa del evento traumático y la exposición in vivo a las situaciones temidas son la base terapéutica de este modelo. Asimismo también justifica el uso de técnicas como el *Debriefing* utilizadas en circunstancias como desastres y catástrofes como estrategia de prevención. Sin embargo, este modelo no presenta una explicación de esquemas distintos al del miedo como lo hacen otros modelos expuestos y por ello no ofrece explicaciones a otras manifestaciones frecuentes en el TEPT como la culpa, ira, humillación y sobre todo el embotamiento.

El modelo de la representación dual de Brewin, Dagleth y Josephs (1996) considera que es necesario explicar el TEPT a través de dos estructuras; el *conocimiento accesible verbalmente* y el *conocimiento accesible situacional* y que según Rincón (2003) se puede relacionar con la doble vía propuesta por LeDoux (1992) la vía directa y corta de conexión entre el tálamo y la amígdala y la indirecta y larga cuya información se procesa corticalmente. En cuanto al tratamiento se refiere, el modelo de representación dual considera que la sola exposición no es suficiente para que el procesamiento emocional adecuado se lleve a cabo, sino que además son necesarias las técnicas cognitivas que permiten identificar las discrepancias entre la información postrauma y los esquemas o creencias a priori, con el objetivo de modificar las creencias para obtener la recuperación y el mantenimiento de la mejoría.

La Teoría Cognitiva de Ehlers y Clark (2000) podría considerarse un modelo integrador de los modelos de procesamiento emocional y dual. En dicho modelo se enfatizan las diferencias individuales, así como se considera relevante las características del trauma, las experiencias y creencias previas. El modelo ofrece explicaciones sobre por qué se pueden desencadenar respuestas de alarma aparentemente desconectadas de estímulos

procesados conscientemente a través del condicionamiento clásico. También el modelo trata de explicar específicamente la sintomatología relacionada con el embotamiento afectivo, la cual es considerada como fundamental por el DSM-IV-TR (APA, 2000).

El modelo cognitivo social (Resick, Monson & Chard, 2008) considera que la estructura del miedo no es suficiente para explicar el TEPT pues es común que los pacientes presenten otras redes cognitivas asociadas al horror, la tristeza, la ira, la culpa o la humillación, y éstas deben de ser abordadas en el proceso terapéutico. Además ofrece una explicación a través de dos vías de cómo pueden cimentarse cogniciones distorsionadas a través de los procesos de asimilación y sobreacomodación que hacen los sujetos con TEPT. Señalando al proceso de acomodación como el adecuado para no desarrollar el TEPT y por ello, la acomodación de los esquemas a la realidad aparece como objetivo central del proceso terapéutico propuesto por este modelo. Este modelo considera que existen emociones naturales y manufacturadas. Estas últimas son ejemplo de los puntos de estancamiento que impiden el procesamiento cognitivo en los pacientes con TEPT, por ello no sólo es la exposición lo que aliviará al paciente sino la reestructuración cognitiva es la que permitirá la acomodación y la superación de los puntos de estancamiento.

Sin embargo, es un modelo que no ofrece explicaciones a las reacciones somáticas aparentemente no procesadas conscientemente (por ello, no procesadas cognitivamente) frecuentes en los pacientes con TEPT y si contempladas en la Teoría Cognitiva de Ehlers y Clark (2000).

Sintetizando algunas de las implicaciones clínicas y terapéuticas de estos modelos es necesario señalar que todos coinciden en que la exposición al evento traumático, desde la narrativa hablada o escrita, es fundamental en el proceso de recuperación del paciente. Sin embargo, Brewin, Dagleth y Josephs (1996), Ehlers y Clark (2000) y Resick, Monson y Chard (2008) coinciden en que es necesario agregar estrategias de reestructuración cognitiva que permitan modificar los esquemas activados después del evento traumático. Esta diferencia radica en que el modelo de (Foa & Kosaks, 1985) sólo considera la existencia del esquema del miedo y por lo tanto las estrategias de exposición son suficientes para su afrontamiento. En un estudio aleatorizado de Foa et al. (2005) se comparó el efecto de la Terapia de Exposición Prolongada (TEP) frente a la TEP con Reestructuración Cognitiva TEPRC y la lista de espera. Se encontró que ambas generaban mayores resultados que la lista de espera, que la TEPRC no era mejor que la TEP.

Por su parte Brewin, Dagleth y Josephs (1996) y Resick, Monson y Chard (2008) consideran un mayor número de esquemas como los de la ira, la humillación y la culpa entre otros, por lo que resulta necesario afrontarlos con estrategias que favorezcan la reestructuración cognitiva. La eficacia de incluir estrategias de reestructuración cognitiva ha quedado develada en

numerosos estudios que la señalan como una terapia de alta efectividad (Resick, Nishith, Weaver, Astin, & Feuer, 2002, Monson et al., 2006, Ahrens y Rexford, 2002, Schulz, Resick, Huber, & Griffin, 2006, como se citan en Resick et al., 2008) lo que ha permitido que sea la terapia que se usa como primer opción en muchos centros de salud en los Estados Unidos (Monson, s/f)

Quisiéramos señalar que los modelos expuestos pueden considerarse como complementarios en varios aspectos, más que en competencia. Podría dar lugar en un futuro a un modelo integrador, pero buscando ser lo más parsimonioso posible. Desde nuestra perspectiva consideramos que podría servir de base el modelo de la Teoría Cognitiva de Ehlers y Clark (2000) al que consideramos más completo, pero incluyendo la presencia de un mayor número de esquemas referidos a emociones frecuentes en el TEPT como los de la ira, la humillación y la culpa que se contemplan en los modelos de Brewin, Dagleish y Josephs (1996) y Resick, Monson y Chard (2008).

Sería deseable que dicho modelo se sometiera con mayor frecuencia a la investigación con la finalidad de buscar apoyo empírico. Sin embargo, es pertinente resaltar que ninguno de los modelos descritos hacen referencia al fenómeno llamado Crecimiento Postraumático (CPT) descrito y observado por Tedeschi y Calhoun (2004). Consideramos que un modelo integrador debería de incluir una explicación de este fenómeno y los factores que inciden en él, de tal forma que las consecuencias deseables de la exposición a una experiencia potencialmente traumática (como lo es el CPT) sea contemplado en los modelos porque ello puede ofrecer nueva información que podría enriquecer no sólo la explicación, sino también podría ofrecer nuevos elementos para mejorar los tratamientos existentes del TEPT.

## Referencias

1. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed., texto revisado, DSM-IV-TR). Washington, DC: Author.
2. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
3. Brewin, C. R., Dalgleish, T., Joseph, S. (1996) A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological review*, 103(4), 670-686
4. Broadbent, D.E., Fitzgerald, P. y Broadbent, M.H.P. (1986) Implicit and explicit knowledge in the control of complex systems, *British journal of psychology*, 77 (1), 33-50.
5. Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
6. Eysenck, M. W. & Keane, M. T. (1990). *Cognitive psychology: a student's handbook*, Lawrence Erlbaum Associates Ltd., Hove, UK.
7. Foa, E. B., Hembree, E., Cahill, S., Rauch, S., Riggs, D., Feeny, N. & Yadin, E. (2005) Randomized Trial of Prolonged Exposure for Posttraumatic Stress Disorder With and Without Cognitive Restructuring: Outcome at Academic and Community Clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol. 73, No. 5, 953-964.
8. Foa, E. B., Huppert, J. D. & Cahill, S. P. (2006) *Emotional processing theory. Pathological Anxiety: Emotional Processing in Etiology and Treatment*, Olasov, B (Ed) Guilford, NY.
9. Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1985). Treatment of anxiety disorders: Implications for

- psychopathology. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 421-452). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
10. Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
  11. Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
  12. Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad (2008) *Quinta Encuesta Nacional Sobre Inseguridad*. Recuperado de <http://drcureces.files.wordpress.com/2009/12/icesi-5a-encuesta-nacional-sobre-inseguridad.pdf>
  13. INEGI (2012) *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2012*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/microdatos2/encuestas.aspx?c=31913&s=est>
  14. Jacobs, W. J., & Nadel, L. (1985). Stress induced recovery of fears and phobias. *Psychological Review*, 92, 512-531.
  15. Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 8, 862-886.
  16. LeDoux, J.E. (1992). Emotion and amigdala. En J.P. Aggleton (Ed). *The amigdala: Neurobiological aspects of emotion, memory, and mental dysfunction* (pp. 339-351). New York: Wiley-Liss.
  17. Medina, M., Borges, G., Lara, C., Ramos, L., Zambrano, J. y Fleiz, C. (2005) Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud pública de México*, 47, 1, 8-22.
  18. Monson, C. M., Schnurr, P. P., Resick, P. A., Friedman, M. J., Young-Xu, Y., & Stevens, S. P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (5), 898-907.
  19. Monson, C. (S.f) Cognitive Behavioral Therapies for PTSD. Recuperado de 2013 de: [http://www.ptsd.va.gov/professional/ptsd101/flash-files/Psychotherapies/startCourse\\_PTSD101-06\\_1480.html](http://www.ptsd.va.gov/professional/ptsd101/flash-files/Psychotherapies/startCourse_PTSD101-06_1480.html)
  20. Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 867-879.
  21. Resick, P. A., Monson, C.M., & Chard, K.M. (2008). *Cognitive processing therapy: Veteran/military version*. Washington, DC: Department of Veterans' Affairs.
  22. Resick, P. A., Uhlmansieck, M., Clum, G., Galovski, T., Scher & Ch., Young-Xu, Y. (2008) A Randomized Clinical Trial to Dismantle Components of Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Female Victims of Interpersonal Violence. *J Cons Clin Psychol*. April, 76(2): 243-258.
  23. Rincón, P. P. (2003). *Trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de tratamiento*. (Tesis doctoral inédita), Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.
  24. Sareen, J., Cox, B., Stein, M., Afifi, O., Fleet, C. & Asmundson, G. (2007) Physical and Mental Comorbidity, Disability, and Suicidal Behavior Associated With Posttraumatic Stress Disorder in a Large Community Sample. *Psychosomatic Medicine* 69:242-248.
  25. Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 1-18.
  26. Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of psychiatry*, 148(1), 10-20.
  27. Tulving, E. & Schacter, D. L. (1990) Priming and human memory Systems. *Science*, 247, 301-306.

Recibido: 15 de enero de 2014  
Revisado: 4 de marzo de 2014  
Aceptado: 28 de marzo de 2014