



Clínica y Salud

ISSN: 1130-5274

ISSN: 2174-0550

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

Gesteira, Clara; García-Vera, María Paz; Sanz, Jesús  
Porque el Tiempo no lo Cura Todo: Eficacia de la Terapia Cognitivo-conductual Centrada  
en el Trauma para el Estrés postraumático a muy Largo Plazo en Víctimas de Terrorismo  
Clínica y Salud, vol. 29, núm. 1, 2018, Enero-Abril, pp. 9-13  
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

DOI: <https://doi.org/10.5093/clysa2018a3>

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180654860002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

UAEM [redalyc.org](http://redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc  
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso  
abierto

# Porque el Tiempo no lo Cura Todo: Eficacia de la Terapia Cognitivo-conductual Centrada en el Trauma para el Estrés postraumático a muy Largo Plazo en Víctimas de Terrorismo

Primer premio de la XXIII edición del Premio de Psicología Aplicada “Rafael Burgaleta” 2015

Clara Gesteira, María Paz García-Vera y Jesús Sanz

Universidad Complutense de Madrid, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

**Historia del artículo:**  
Recibido el 16 de octubre de 2017  
Aceptado el 24 de octubre de 2017

**Palabras clave:**  
Terrorismo  
Terapia cognitivo-conductual  
Eficacia de los tratamientos  
Trastorno por estrés  
postraumático  
Trastorno mental crónico

**Keywords:**  
Terrorism  
Cognitive-behavior therapy  
Treatment effectiveness evaluation  
Posttraumatic stress disorder  
Chronic mental disorder

## R E S U M E N

Ciento veinte víctimas del terrorismo que habían sufrido un atentado como media 18 años antes y que presentaban sintomatología o trastorno de estrés postraumático (TEPT) fueron aleatorizadas a 16 sesiones de terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT) o a lista de espera. Ninguna de las víctimas que completó el tratamiento presentaba un diagnóstico de TEPT en el postratamiento; estas víctimas mostraban niveles de sintomatología de estrés postraumático significativamente menores en el postratamiento que en el pretratamiento, con una diferencia pre-post grande ( $d = 1.39$ ) y un 78.3% de ellas mostraban niveles normales en el postratamiento. Estos resultados fueron significativamente mejores que los del grupo control, siendo la diferencia tratamiento-control grande ( $d = 0.91$ ). La TCC-CT es eficaz y representa actualmente el tratamiento de elección para víctimas del terrorismo que sufren TEPT o sintomatología de estrés postraumático, incluso a muy largo plazo, entre 6 y 51 años después del atentado.

## Because time does not heal all wounds: Efficacy of trauma-focused cognitive behavioral therapy for very long-term posttraumatic stress in victims of terrorism

## A B S T R A C T

One hundred and twenty victims of terrorism who had suffered a terrorist attack an average of 18 years ago and who mainly had posttraumatic stress disorder (PTSD) or posttraumatic stress symptomatology were randomized to a 16-session trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT) or to a waiting-list control group. No victim who completed treatment had a PTSD diagnosis at posttreatment; these victims showed significantly lower levels of posttraumatic stress symptomatology at posttreatment than at pretreatment, with a large pre-posttreatment difference ( $d = 1.39$ ), and 78.3% of them showed normal levels of symptomatology at posttreatment. These results were significantly better than those of the control group, with a large treatment-control difference ( $d = 0.91$ ). TF-CBT is efficacious and is currently the treatment of choice for victims of terrorism who suffer from PTSD or posttraumatic stress symptomatology, even in the very long term, between 6 and 51 years after the terrorist attack.

Aunque la mayoría de las personas que han sufrido un atentado terrorista no desarrollarán psicopatología, revisiones narrativas y metaanalíticas sobre las repercusiones psicopatológicas de haber vivido un atentado encuentran que un porcentaje significativo de víctimas sufrirán trastorno por estrés postraumático (TEPT), siendo este el trastorno más frecuente (p. ej., entre el 33% y el 39% de las víctimas directas y entre el 17% y el 29% de los familiares de heridos y falleci-

dos, según la revisión de [García-Vera, Sanz y Gutiérrez, 2016](#)). Además, aunque en la mayoría de los casos el TEPT remitirá con el tiempo, en muchos otros su curso será crónico y seguirá presente muchos años después de los atentados terroristas ([García-Vera et al., 2016](#); [Morina, Wicherts, Lobbrecht y Priebe, 2014](#)).

Según la revisión de [García-Vera et al. \(2015\)](#), existen tan solo cinco estudios empíricos que hayan examinado con un diseño

Para citar este artículo: Gesteira, C., García-Vera, M. P. y Sanz, J. (2018). Porque el tiempo no lo cura todo: eficacia de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para el estrés postraumático a muy largo plazo en víctimas de terrorismo. *Clínica y Salud*, 29, 9-13. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a3>

Financiación: Este artículo ha sido posible en parte gracias a las ayudas del Ministerio de Ciencia e Innovación (PSI2011-26450), del Ministerio de Economía y Competitividad (PSI2014-56531-P) y de la Asociación Víctimas del Terrorismo (nº 270-2012, 283-2013, 53-2014, 100-2014, 192-2014, 40-2015 y 134-2015).

Correspondencia: [clara.gesteira@ucm.es](mailto:clara.gesteira@ucm.es) (C. Gesteira Santos).

ISSN: 1130-5274/© 2018 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

experimental la eficacia de cualquier tipo de tratamiento psicológico o farmacológico de víctimas adultas de atentados terroristas con TEPT. Estos cinco trabajos evaluaron dos tratamientos empíricamente avalados en cuanto a su eficacia para el TEPT con víctimas de otros acontecimientos traumáticos: la exposición prolongada, combinada con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina o un placebo (Schneier et al., 2012), y la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT) (Bryant et al., 2011; Difede, Cukor et al., 2007; Difede, Malta et al., 2007; Duffy, Gillespie y Clark, 2007). Los resultados de estos trabajos sugieren que la TCC-CT es eficaz para el tratamiento del TEPT en víctimas del terrorismo. Sin embargo, aunque algunos de ellos incluían víctimas que sufrían TEPT mucho tiempo después del atentado terrorista, incluso años más tarde (5.2 años de mediana como máximo en el estudio de Duffy et al., 2007), ninguno incluía víctimas cuyos atentados hubieran sucedido una media de 15 o 20 años antes.

Dada esta laguna en la investigación y la escasa investigación sobre la eficacia de los tratamientos para las víctimas del terrorismo que sufren trastornos mentales derivados del atentado, en este artículo se presentan los resultados sobre el TEPT y la sintomatología de estrés postraumático que forman parte del primer estudio experimental sobre la eficacia de cualquier tipo de tratamiento psicológico o farmacológico, en este caso la TCC-CT, con víctimas del terrorismo que sufren TEPT y otros trastornos emocionales comórbidos después de haber sufrido un atentado terrorista muchos años antes, en concreto entre 6 y 51 años antes (véase Gesteira, García-Vera, Sanz y Shultz, 2018, para un informe del resto de resultados).

## Método

### Participantes

Se intentó contactar con una muestra inicial de 1.339 víctimas del terrorismo, asociadas a la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT), residentes en Madrid y mayores de 18 años. Tras contactar con 1.066 víctimas y realizar una entrevista telefónica de cribado y otra diagnóstica presencial, 173 recibieron un diagnóstico de TEPT, de trastorno de ansiedad o de trastorno depresivo según los criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000). Cincuenta y tres personas no fueron tenidas en cuenta para este estudio por cumplir los criterios de exclusión prefijados (p. ej., sufrir un trastorno psicótico o cualquier condición que imposibilitara el tratamiento o estar siguiendo ya una terapia psicológica centrada en el trauma). Las 120 personas restantes fueron asignadas aleatoriamente, mediante el programa *Research Randomizer*, versión 4.0 (Urbaniack y Plous, 2013), a un grupo de TCC-CT ( $n = 60$ ) o a un grupo de control de lista de espera ( $n = 60$ ).

La edad de estas 120 víctimas oscilaba entre 27 y 81 años (media = 50.5) y el 67.5% eran mujeres. Un 46.7% de los participantes eran víctimas directas, 41.7% eran familiares de personas fallecidas y un 13.3% lo eran de personas heridas. Los atentados terroristas habían ocurrido entre 6 y 51 años antes de la entrevista telefónica, siendo la media de 18.4 años. En el momento de evaluación las víctimas sufrían TEPT como trastorno más prevalente (49.2%), además de una elevada sintomatología de estrés postraumático según la Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático, versión específica (PCL-S; Weathers, Herman, Huska y Keane, 1983) (media en la PCL-S = 42.9). Además, un 9.2% de los participantes estaban recibiendo ayuda psicológica (no TCC-CT) y un 35% recibían ayuda psicofarmacológica. Comparaciones con pruebas  $t$  de Student o  $\chi^2$  para medidas independientes revelaron que los grupos de tratamiento y de control no diferían significativamente en ninguna de las variables sociodemográficas o clínicas de interés recogidas en la Tabla 1 (todas las pruebas con  $p > .05$ ).

De las 60 víctimas pertenecientes al grupo de tratamiento, 35 aceptaron la terapia y 25 finalmente la completaron, con una tasa de abandono del 28.6%, mientras que 50 de las 60 víctimas del grupo de control completaron la evaluación postratamiento. Unos análisis con pruebas  $t$  o  $\chi^2$  para medidas independientes revelaron que las personas que abandonaron la investigación tenían significativamente más edad y estaban en mayor proporción recibiendo tratamiento psicológico (no centrado en el trauma) en el momento de la evaluación.

**Tabla 1.** Caracterización sociodemográfica y clínica de la muestra de participantes ( $N = 120$ )

Características	Porcentaje <sup>1</sup>
Edad media en años (desviación típica)	50.5 (11.8)
Mujeres	67.5
Casados o conviviendo de manera estable con una pareja	63.3
Sin estudios superiores	56.7
Sin trabajo	54.2
Parados	20.8
Amas de casa	16.7
Jubilados por enfermedad	8.3
Jubilados por edad	4.2
Prejubilados	4.2
Víctimas directas	46.7
Familiares de fallecidos	41.7
Familiar de heridos	13.3
Víctima de un atentado de Al Qaeda	47.5
Víctima de un atentado de ETA	41.7
Víctima de un atentado de otras bandas terroristas	10.8
Media de años transcurridos desde el atentado (desviación típica)	18.4 (11.2)
Recibió antes ayuda psicológica relacionada con el atentado	60.0
Recibió antes ayuda psicofarmacológica relacionada con el atentado	60.8
Ansiolíticos	28.3
Antidepresivos	3.3
Otros	0.8
Combinación	24.2
Ayuda psicológica actual	9.2
Ayuda psicofarmacológica actual	35.0
Ansiolíticos	16.7
Antidepresivos	2.5
Otros	2.5
Combinación	10.8
Trastorno de estrés postraumático	49.2
Trastorno depresivo mayor	40.8
Trastorno de ansiedad	75.8
Puntuación media en la PCL-S (desviación típica)	42.9 (14.7)

Nota. <sup>1</sup>Todos los valores son porcentajes salvo que se indique otra cosa. PCL-S = Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático, versión específica.

### Variabes e Instrumentos

**Diagnóstico de TEPT (pre y postratamiento).** Módulos F (ansiedad y otros trastornos) y A (episodios afectivos) de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (SCID-I-VC; First, Spitzer, Gibbon y William, 1999).

**Sintomatología de estrés postraumático (pre y postratamiento).** La PCL-S en su adaptación española con las instrucciones modificadas para evaluar los efectos de los atentados terroristas (Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2006). La PCL-S está formada por 17 ítems creados para evaluar la presencia y gravedad de síntomas de estrés postraumático en el último mes, según criterios DSM-IV. Cada uno de los

ítems es valorado mediante una escala tipo Likert (de 1 a 5) y permiten obtener un rango de puntuaciones total entre 17 y 85.

## Procedimiento

Los participantes fueron informados de este proyecto mediante el envío de una carta y a través de la revista oficial de la AVT. Todos los participantes realizaron voluntariamente una entrevista telefónica de cribado y, tras firmar una hoja de consentimiento informado, otra presencial con un psicólogo en la que este les administró la SCID-I-VC y la PCL-S (evaluación pretratamiento). Cuando al participante, en función de los resultados de la SCID-I-VC, se le diagnosticaba TETP o un trastorno depresivo o de ansiedad relacionado con el atentado y no cumplía ningún criterio de exclusión para este estudio, se le aleatorizaba a la condición de tratamiento o de control y, tras 16 semanas, tiempo que duraba el tratamiento, se le evaluaba otra vez con la SCID-I-VC y la PCL-S (evaluación postratamiento). El tratamiento psicológico, enmarcado en la TCC-CT, estaba compuesto por 16 sesiones, de 60-90 minutos de duración, que se llevaron a cabo individual y semanalmente. El componente fundamental del tratamiento era la terapia de exposición prolongada de Foa, Hembree y Rothbaum (2007), pero se añadieron técnicas específicas para el control de la ansiedad y la mejora del estado de ánimo y de otros problemas que presentan las víctimas, como por ejemplo técnicas de programación de actividades agradables para la depresión, dos sesiones de técnicas de regulación emocional, técnicas de reestructuración cognitiva a lo largo de todo el tratamiento y técnicas narrativas en las sesiones finales del tratamiento (ver [Tabla 2](#)). Todas las sesiones eran grabadas y los pacientes debían escucharlas como tarea para casa. La intervención fue aplicada por 13 psicólogos con formación de posgrado en psicología sanitaria y formación específica en TCC-CT con víctimas del terrorismo.

## Análisis Estadísticos

En cada grupo de participantes, las diferencias entre el pretratamiento y el postratamiento en la presencia de TEPT y en las puntuaciones de la PCL-S fueron analizadas, respectivamente, con pruebas de McNemar y de *t* de Student, ambas para medidas repetidas. En esas dos mismas variables se analizaron las diferencias entre el grupo de tratamiento y el de control respectivamente con pruebas de  $\chi^2$  y un ANOVA de medidas repetidas con el grupo de participantes (TCC-CT vs. lista de espera) como factor intersujetos y el momento de evaluación (pretratamiento vs. postratamiento) como factor intrasujetos. El tamaño de las diferencias intragrupos e intergrupos en las puntuaciones de la PCL-S se estimó mediante el estadístico *d* de Cohen, considerándose que valores de *d* de 0.20, 0.50 y 0.80 indicaban tamaños del efecto pequeños, medios y grandes, respectivamente. Para estimar la existencia de cambios clínicamente significativos se utilizó el procedimiento de Jacobson y Truax (1991) y se calculó tanto el porcentaje de víctimas que en el postratamiento obtuvo una puntuación en la PCL-S por debajo de la puntuación de corte que marca el paso de una distribución disfuncional a una funcional, también conocida como puntuación C, y que es de 29 puntos para la PCL-S en España (Sanz y García-Vera, 2015), como el porcentaje de víctimas que en el postratamiento habían mejorado su TEPT según el índice de cambio fiable (RCI), es decir, que habían logrado descender su puntuación en la PCL-S en 12 puntos o más (Sanz y García-Vera, 2015). Las diferencias entre el grupo de tratamiento y el de control en esos dos porcentajes fueron analizadas mediante pruebas de  $\chi^2$ .

**Tabla 2.** Módulos, sesiones y resumen de estrategias y técnicas terapéuticas de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma

Módulos	Sesiones	Estrategias y técnicas
1	1	Psicoeducación y normalización de las reacciones al trauma y el duelo.
	2	Psicoeducación y entrenamiento en relajación muscular progresiva en 16 grupos. Planificación de actividades agradables Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva.
2	3	Identificación de situaciones a las que evita enfrentarse y a las que se ha enfrentado. Relajación muscular en 8 grupos y recorrido mental Planificación de actividades agradables Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva.
	4	Psicoeducación sobre la ansiedad y su mantenimiento Construcción de la jerarquía de exposición Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva.
3	5	Introducción de la exposición como técnica que nos enfrenta a las emociones, al sufrimiento. Psicoeducación e identificación de emociones Entrenamiento en respiración lenta Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva.
	6	Regulación emocional Entrenamiento en respiración lenta Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva.
4	7-9	Introducción al método de exposición en vivo Exposición en sesión. Ejercicios de exposición para casa Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva.
5	10-14	Introducción al método de exposición al relato Exposición al relato, identificación de puntos calientes y nuevo significado. Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva.
6	15	Prevención de recaídas Introducción a técnicas narrativas Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva.
	16	Narrativa de la nueva identidad Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva.

## Resultados

### Eficacia del Tratamiento en Función de la Presencia de TEPT y de la Reducción de Sintomatología de Estrés Postraumático

La prevalencia del TEPT en el grupo de tratamiento disminuyó significativamente del pretratamiento al postratamiento ( $p < .001$ ), pasando de un 48% antes de la TCC-CT a un 0% después de la misma (ver [Tabla 3](#)). Este porcentaje en el postratamiento fue significativamente menor que el del grupo de lista de espera (0% frente a 50%,  $p < .001$ ), grupo en el cual no disminuyó significativamente la tasa de TEPT (de 58% a 50%,  $p > .05$ ).

El grupo de tratamiento tuvo un descenso pre-post en sintomatología de estrés postraumático (de 42.6 a 25.5 en la puntuación media en la PCL-S) que fue significativo ( $p < .001$ ) y grande ( $d = 1.39$ ). En el grupo de control también se dio un descenso significativo en dicha sintomatología ( $p < .05$ ), pero este descenso fue pequeño ( $d = 0.29$ ) y el ANOVA sobre las puntuaciones en la PCL-S mostró un efecto significativo de la interacción entre el grupo de participantes y el momento de evaluación,  $F(1, 66) = 13.16$ ,  $p < .001$ . Este efecto indicaba que el descenso en la sintomatología de estrés postraumático fue significativamente mayor en el grupo de tratamiento que en el de lista de espera (ver [Tabla 3](#)). Es más, la diferencia entre ambos grupos en la PCL-S del postratamiento fue grande ( $d = 0.91$ ).

**Tabla 3.** Prevalencia del TEPT y nivel de sintomatología de estrés postraumático en el pretratamiento y en el postratamiento para cada grupo de participantes (tratamiento vs. lista de espera)

Medida de eficacia	Tratamiento		Lista de espera	
	Pre (n = 25)	Post (n = 25)	Pre (n = 50)	Post (n = 50)
% de pacientes con TEPT	48	0***	58	50
Puntuación media en la PCL-S (desviación típica) <sup>1</sup>	42.61 (16.34)	25.57*** (5.75)	41.60 (14.53)	37.27 (15.22)

*Nota.* Pre = pretratamiento; Post = postratamiento; PCL-S = Lista de Verificación del Estrés Postraumático, versión específica.  
<sup>1</sup>Debido a datos perdidos, las medias y desviaciones típicas en la PCL-S están basadas en las puntuaciones de 23 pacientes del grupo de tratamiento y 45 del grupo de lista de espera.  
\*\*\*  $p < .001$  (diferencia estadísticamente significativa con el grupo de lista de espera)

### Eficacia del Tratamiento en Función de la Significación Clínica

Tal y como muestra la [Tabla 4](#), un 78.3% de las víctimas del grupo de tratamiento disminuyó sus puntuaciones por debajo de la puntuación C frente a solo un 40.4% del grupo de control, diferencia que fue significativa ( $p < .01$ ). En la misma línea, un 56.5%, de las víctimas que habían finalizado el tratamiento habrían mejorado su TEPT según el RCI, porcentaje que fue significativamente mayor que el del grupo de control (31%,  $p < .05$ ).

**Tabla 4.** Diferencias en las medidas de significación clínica en el postratamiento entre el grupo de tratamiento y el de lista de espera

Medida de significación clínica	Tratamiento (n = 23)	Lista de espera (n = 45)
% de pacientes con puntuaciones en la PCL-S < puntuación C	78.3**	40.4
% de pacientes mejorados según el RCI	56.5*	31.1

*Nota.* PCL-S = Lista de Verificación del Estrés Postraumático, versión específica; RCI = índice de cambio fiable de [Jacobson y Truax \(1991\)](#).  
\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$  (diferencia estadísticamente significativa con el grupo de lista de espera).

### Eficacia del Tratamiento frente a su Combinación con Tratamientos Psicofarmacológicos

Dado que el 35% de la muestra inicial ( $N = 120$ ) tomaban psicofármacos al inicio de la investigación, se comparó la presencia de TEPT, el nivel de sintomatología de estrés postraumático y los cambios clínicamente significativos entre las víctimas del grupo de tratamiento que consumieron psicofármacos durante el mismo y las que no (véanse las [Tablas 5 y 6](#)). Las pruebas de  $\chi^2$  y de  $t$  de Student revelaron que ni en el pretratamiento ni en el postratamiento existían diferencias significativas a nivel diagnóstico, sintomatológico o de significación clínica entre las víctimas que recibieron únicamente TCC-CT y aquellas que además tomaban psicofármacos (todas las pruebas con  $p > .05$ ).

**Tabla 5.** Prevalencia del TEPT y nivel de sintomatología de estrés postraumático en el pretratamiento y en el postratamiento para los participantes del grupo de tratamiento que solo recibieron terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT) y aquellos que además estaban tomando psicofármacos (TCC-CT + psicofármacos)

Medida de eficacia	TCC-CT		TCC-CT + psicofármacos	
	Pre (n = 18)	Post (n = 18)	Pre (n = 7)	Post (n = 7)
% de pacientes con TEPT	44.4	0.0	57.1	0.0
Puntuación media en la PCL-S (desviación típica) <sup>1</sup>	39.50 (15.69)	24.53 (5.44)	52.29 (12.85)	28.50 (6.06)

*Nota.* Pre = pretratamiento; Post = postratamiento; PCL-S = Lista de Verificación del Estrés Postraumático, versión específica.  
<sup>1</sup>Debido a datos perdidos, las medias y desviaciones típicas en la PCL-S están basadas en las puntuaciones de 17 pacientes del grupo de TCC-CT.

**Tabla 6.** Diferencias en las medidas de significación clínica en el postratamiento entre participantes del grupo de tratamiento que solo recibieron terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT) y aquellos que además estaban tomando psicofármacos (TCC-CT + psicofármacos)

Medida de significación clínica	TCC-CT (n = 17)	TCC-CT + psicofármacos (n = 7)
% de pacientes con puntuaciones en la PCL-S < puntuación C	82.4	66.7
% de pacientes mejorados según el RCI	47.1	83.3

*Nota.* PCL-S = Lista de Verificación del Estrés Postraumático, versión específica; RCI = índice de cambio fiable de [Jacobson y Truax \(1991\)](#).

## Discusión

La TCC-CT se reveló en este estudio como una intervención eficaz para víctimas de atentados terroristas que sufrían TEPT o sintomatología de estrés postraumático una media de 18 años después de los atentados. El 100% de las personas diagnosticadas con TEPT antes del tratamiento dejaron de estarlo tras el mismo y la sintomatología de estrés postraumático se redujo significativamente, con un tamaño del efecto pre-post grande ( $d = 1.39$ ) y comparable a los obtenidos por otros estudios de eficacia en víctimas del terrorismo ( $d = 1.74$  en [Duffy et al., 2007](#)) e incluso en víctimas de otros acontecimientos traumáticos ( $d = 1.73$  en la revisión de [Cahill, Rothbaum, Resick y Follette, 2009](#), exceptuando veteranos de guerra). Además, estos resultados fueron significativamente mejores que los obtenidos por el grupo de lista de espera, con un tamaño del efecto entre grupos grande ( $d = 0.91$ ) y también comparable, aunque algo inferior, al de otros estudios de eficacia ( $d = 0.96$  en [Bryant et al., 2011](#);  $d = 1.37$  y  $1.66$  en [Difede, Malta et al., 2007](#);  $d = 1.54$  en [Difede, Cukor et al., 2007](#)).

Por otro lado, un 78.3% de las personas que habían finalizado el tratamiento mostraron niveles normales de sintomatología de estrés postraumático en el postratamiento y un 56.5% había mejorado en su TEPT, porcentajes iguales o superiores a los del resto de estudios de eficacia, cuya media ponderada de mejora fue de 50.9% (véase la revisión de [García-Vera et al., 2015](#)), aunque en este caso la medida estaba basada en análisis de intención de tratar, mucho más exigente.

Sin embargo, la principal novedad del presente estudio es confirmar la eficacia de la TCC-CT en víctimas del terrorismo cuyos atentados sucedieron hace una media de 18 años, es decir, con un estrés postraumático no solo a largo plazo, sino a muy largo plazo. Este hallazgo es muy novedoso, teniendo en cuenta que el tiempo medio transcurrido desde el atentado para el resto de estudios es muy inferior (como máximo 5.2 años de mediana en [Duffy et al., 2007](#)). Es más, dado que la mayoría de las recuperaciones espontáneas del TEPT tras un atentado terrorista se suelen producir en los primeros 4 años ([Morina et al., 2014](#)) y dado que el 82-85% de las víctimas con TEPT ya se han recuperado de forma espontánea a los 4-8 años del atentado ([Cukor et al., 2011](#); [Neria et al., 2010](#); véase [Brackbill et al., 2009](#) para tasas menores), la mejoría de los pacientes a tan largo plazo en el presente estudio se debe atribuir con mayor fuerza al tratamiento y no a procesos de recuperación espontánea.

A pesar de los buenos resultados hasta aquí descritos, la presente investigación cuenta con una serie de limitaciones. En primer lugar, un tamaño muestral pequeño y un desajuste entre el número de personas del grupo de tratamiento y el del grupo de lista de espera. No obstante, las pruebas realizadas en este estudio no reflejen diferencias esenciales de partida entre ambos grupos en las características sociodemográficas y clínicas más relevantes. Otra limitación tiene que ver con la tasa de abandono, que fue de un 28.6% para este estudio. Sin embargo, este porcentaje es similar a la tasa media de abandono en los estudios de eficacia con víctimas del terrorismo (23.5% según la revisión de [García-Vera et al. 2015](#)) e incluso con todo tipo de víctimas (21.1% según el metaanálisis de [Bradley, Greene, Russ, Dutra y Westen, 2005](#) y 18.3% según el de [Imel, Laska, Jakupcak y Simp-](#)



son, 2013). Además, los análisis de intención de tratar que se recogen en Gesteira et al. (2018) muestran resultados positivos teniendo en cuenta también los abandonos. Sin embargo, en el futuro sería recomendable mejorar las estrategias de captación y motivación de las víctimas, especialmente cuando, como en este estudio, hace tantos años que ocurrió el suceso traumático, cuando no son las propias víctimas quienes solicitan ayuda y, por supuesto, teniendo en cuenta que variables como la edad o el haber seguido otras terapias infructuosas, que aparecían más pronunciadas en las personas que finalmente abandonaron el tratamiento, podrían dificultar la adhesión a las terapias. Sería necesario, por otra parte, profundizar en los resultados de la TCC-CT en otros trastornos distintos al TEPT, que en muchas ocasiones aparecen comórbidamente (véase Gesteira et al., 2018 para los efectos de la terapia en los trastornos depresivos y de ansiedad).

Por último, aunque no se aprecia un efecto positivo de la combinación de TCC-CT y psicofarmacología, los resultados aquí mostrados no son suficientes para juzgar apropiadamente el uso de medicación en víctimas del terrorismo. Por tanto, sería importante realizar investigaciones que, como la de Schneier et al. (2012), comparen ambos tipos de tratamiento o su combinación.

En cualquier caso, hasta que no se publiquen nuevos estudios con resultados más favorables sobre la eficacia de otras terapias psicológicas o psicofarmacológicas, los resultados de este trabajo sustentan firmemente la idea de que la TCC-CT debe ser el tratamiento de elección para víctimas del terrorismo con TEPT o con elevados niveles de sintomatología de estrés postraumático, incluso cuando ambos se presentan a muy largo plazo.

### Conflicto de Intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

### Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision. DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Brackbill, R. M., Hadler, J. L., DiGrande, L., Ekenga, C. C., Farfel, M. R., Friedman, S., ... Thorpe, L. E. (2009). Asthma and posttraumatic stress symptoms 5 to 6 years following exposure to the World Trade Center terrorist attack. *JAMA*, 302, 502-516.
- Bradley, R. G., Greene, J., Russ, E. U., Dutra, L. y Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Bryant, R. A., Ekassawin, S., Chakkraband, M. L. S., Suwanmitri, S., Duangchun, O. y Chantaluckwong, T. (2011). A randomized controlled effectiveness trial of cognitive behavior therapy for post-traumatic stress disorder in terrorist-affected people in Thailand. *World Psychiatry*, 10, 205-209.
- Cahill, S. P., Rothbaum, B. O., Resick, P. A. y Follette, V. M. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adults. En E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman y J. A. Cohen (Eds.), *Effective treatments for PTSD. Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies* (2ª ed.) (pp. 139-222). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Cukor, J., Wyka, K., Mello, B., Olden, M., Jayasinghe, N., Roberts, J., ... Difede, J. (2011). The longitudinal course of PTSD among disaster workers deployed to the World Trade Center following the attacks of September 11th. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 506-514.
- Difede, J., Cukor, J., Jayasinghe, N., Patt, L., Jedel, S., Spielman, L., ... Hoffman, H. G. (2007). Virtual reality exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder following September 11, 2001. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1639-1647.
- Difede, J., Malta, L. S., Best, S., Henn-Haase, C., Metzler, T., Bryant, R. y Marmar, C. (2007). A randomized controlled clinical treatment trial for world trade center attack-related PTSD in disaster workers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 861-865.
- Duffy, M., Gillespie, K. y Clark, D. M. (2007). Post-traumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland: randomised controlled trial. *BMJ*, 334, 1147-1150.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1999). *Guía del Usuario para la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV. Versión clínica. SCID-I*. Barcelona, España: Masson.
- Foa, E. B., Hembree, E. A. y Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: emotional processing of traumatic experiences. Therapist guide*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- García-Vera, M. P., Moreno, N., Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., Zapardiel, A. y Marotta, S. (2015). Eficacia y utilidad clínica de los tratamientos para las víctimas adultas de atentados terroristas: una revisión sistemática. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, 23, 215-244.
- García-Vera, M. P., Sanz, J. y Gutiérrez, S. (2016). A systematic review of the literature on posttraumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. *Psychological Reports*, 119, 328-359.
- Gesteira, C., García-Vera, M. P., Sanz, J. y Shultz, J. M. (2018). *Efficacy of a cognitive-behavioral therapy program for victims of terrorism who suffer from posttraumatic stress disorder, major depressive disorder, and anxiety disorders an average of 18 years after terrorist attacks*. Manuscrito bajo revisión editorial.
- Imel, Z. E., Laska, K., Jakupcak, M. y Simpson, T. L. (2013). Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 394-404.
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Morina, N., Wicherts, J. M., Lobbrecht, J. y Priebe, S. (2014). Remission from post-traumatic stress disorder in adults: a systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 34, 249-255.
- Neria, Y., Olfson, M., Gameroff, M. J., DiGrande, L., Wickramaratne, P., Gross, R., ... Weissman, M. M. (2010). Long-term course of probable PTSD after the 9/11 attacks: a study in urban primary care. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 474-482.
- Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26, 167-180.
- Schneier, F. R., Neria, Y., Pavlicova, M., Hembree, E., Sun, E. J., Amsel, L. y Marshall, R. D. (2012). Combined prolonged exposure therapy and paroxetine for PTSD related to the World Trade Center attack: a randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 169, 80-88.
- Urbanik, G. C. y Plous, S. (2013). *Research Randomizer (version 4.0)* (programa informático). Recuperado de <http://www.randomizer.org/>
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P. y Matt, G. (2006). Post-traumatic stress reactions following the March 11, 2004 terrorist attacks in a Madrid community sample: a cautionary note about the measurement of psychological trauma. *The Spanish Journal of Psychology*, 9, 61-74.
- Weathers, F., W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A. y Keane, T. M. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility*. Comunicación presentada en la 9ª Conferencia Anual de la International Society for Traumatic Stress Studies. San Antonio, Texas.