

EMDR Intensivo para tratar a pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático Complejo: Una Serie de Casos

Hannelies Bongaerts

PSYTREC, Bilthoven, Países Bajos

Agnes Van Minnen

Universidad Radboud, Nijmegen, Países Bajos

Ad de Jongh

Universidad de Ámsterdam y Universidad VU de Ámsterdam, Países Bajos

Existe una creciente evidencia que sugiere que, al aumentar la frecuencia de las sesiones de tratamiento, los resultados del tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT) mejoran significativamente. Como parte de un proyecto de investigación en curso, este estudio examinó la seguridad y la eficacia de la terapia intensiva de desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (EMDR) en un grupo de siete pacientes (cuatro mujeres) que padecen TEPT complejo y múltiples comorbilidades como consecuencia de un abuso sexual infantil, maltrato físico, y/o laboral y un trauma relacionado con la guerra. El tratamiento no fue precedido por una fase de preparación y consistió en 2 x 4 días consecutivos de terapia EMDR administrada en sesiones durante la mañana y la tarde de 90 minutos cada una, intercaladas con actividad física intensiva y psicoeducación. Las medidas de resultado fueron la Escala de TEPT Administrada por el Clínico (siglas en inglés - CAPS) y el cuestionario de auto-informe de la Escala de Síntomas del TEPT (siglas en inglés - PSS-SR). Durante el tratamiento, no ocurrieron eventos personales adversos ni hubo abandono. Las puntuaciones del CAPS disminuyeron significativamente desde el comienzo hasta el final del tratamiento, y cuatro de los siete pacientes ya no tenían el diagnóstico de TEPT como demostró el CAPS. Los resultados se mantuvieron a los 3 meses de seguimiento. Los tamaños del efecto (*d* de Cohen) en el CAPS y el PSS-SR fueron grandes: 3.2, 1.7 (del pre- al post-tratamiento) y 2.3, 2.1 (antes del seguimiento), respectivamente. Los resultados de esta serie de casos sugieren que un programa intensivo que utiliza la terapia EMDR es una alternativa de tratamiento potencialmente segura y eficaz para el trastorno de estrés postraumático complejo. La aplicación de tratamientos en grupo, en días consecutivos, con terapia EMDR en pacientes con TEPT, particularmente en aquellos con múltiples comorbilidades, merece más atención clínica e investigación.

Palabras clave: trastorno de estrés postraumático (TEPT); tratamiento intensivo; Terapia de desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (EMDR); resultado del tratamiento.

Según las guías internacionales de tratamiento, la terapia de desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (EMDR), la exposición prolongada (EP), la terapia de procesamiento cognitivo y el entrenamiento en inoculación de estrés (siglas en inglés - SIT) son terapias de primera línea centradas en el trauma (siglas en inglés - TFTs) para tratar a individuos que sufren trastorno de estrés postraumático (TEPT; Foa, Keane, Friedman y Cohen, 2005; Instituto Nacional de Excelencia para la Salud y los Cuidados, 2005; Organización

Mundial de la Salud, 2013). Los resultados de un meta-análisis reciente muestran que la aplicación de las TFTs para el TEPT superó a la de las no TFTs o la medicación (Lee et al., 2016).

Trastorno de Estrés Postraumático Complejo

Existe un apoyo creciente a la idea de que también los individuos con un tipo de TEPT grave o "complejo" responden positivamente a las TFTs y que ni la historia del trauma, la comorbilidad ni los síntomas disociativos graves afectan negativamente a la respuesta de los pacientes a las TFTs (de Jongh et al., 2016; Foa, Zoellner, Feeny, Hembree y Alvarez-Conrad, 2002; Hagenaars, van Minnen y Hoogduin, 2010; Jerud, Pruitt, Zoellner y Feeny, 2016; Olatunji, Cisler y Tolin, 2010; Den Berg et al., 2015; van Minnen, Arntz y Keijsers, 2002; van Minnen, Harned, Zoellner y Mills, 2012; van Minnen y otros, 2016; Wolf, Lunney y Schnurr, 2015). La evidencia sugiere que las TFTs no sólo pueden usarse de forma segura y efectiva con pacientes que padecen trastorno de estrés postraumático y diagnósticos comórbidos, sino que tampoco parecen causar niveles desproporcionados de abandono en pacientes con trastorno de estrés postraumático grave (Foa et al., 2008; Resick, Nishith, Weaver, Astin y Feuer, 2002; Resick, Suvak, y Wells, 2014). Por lo tanto, parece que incluso los pacientes más vulnerables se benefician de las TFTs y generalmente no manifiestan efectos contrarios durante el tratamiento (de Jongh et al., 2016).

Tratamiento Intensivo para el Trastorno de Estrés Postraumático

La evidencia sugiere que la planificación más frecuente de las sesiones de tratamiento maximiza los resultados del tratamiento del TEPT (Gutner, Suvak, Sloan y Resick, 2016). Por lo tanto, para permitir una recuperación más rápida de los síntomas y los efectos negativos del TEPT, se han desarrollado y probado varios tratamientos intensivos ("en grupo") para el trastorno de estrés postraumático en términos de aplicabilidad y efectividad. Por ejemplo, Ehlers y su grupo desarrollaron un tratamiento de días consecutivos consistente en 18 horas (90 minutos diarios) de terapia cognitiva centrada en el trauma durante 5-7 días laborables (Ehlers et al., 2010). El efecto de este programa de tratamiento intensivo se calculó entre 121 pacientes que padecían TEPT crónico debido a uno o dos eventos traumáticos distintos en la edad adulta (Ehlers et al., 2014). Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a 7 días de terapia cognitiva intensiva, 3 meses de terapia cognitiva estándar semanal, 3 meses de terapia de apoyo semanal centrada en las emociones o un grupo de lista de espera de 14 semanas. La forma intensiva y estándar de la terapia cognitiva resultó igualmente eficaz (73% vs. 77% de desaparición del diagnóstico de TEPT, respectivamente) y fueron significativamente más beneficiosas que el grupo de terapia de apoyo centrada en las emociones y la condición de lista de espera (43% y 7% de desaparición del diagnóstico de TEPT, respectivamente). Por lo tanto, la variante intensiva de la terapia cognitiva parece que se tolera bien y no se ha encontrado que esté asociada con un mayor abandono o exacerbación de los síntomas que la variante estándar. En otras palabras, los tratamientos intensivos parecen producir una reducción más rápida de los síntomas con resultados similares en comparación con la forma

estándar semanal de terapia cognitiva, y los resultados parecen sostenerse después de la terapia.

Tratamientos intensivos para el trastorno de estrés postraumático complejo

Las formas intensivas de las TFTs se han encontrado factibles, seguras y eficaces no sólo en pacientes que han estado expuestos a eventos traumáticos individuales y diferentes en la edad adulta (Ehlers et al., 2010; Ehlers, Clark, Hackmann, McManus y Fennell, 2005; Ehlers et al., 2014), sino que también en individuos con trastorno de estrés postraumático (complejo) como resultado de un abuso sexual en la infancia y en aquellos que sufren de comorbilidades graves (Gantt y Tinnin, 2007, Hendriks, de Kleine, van Rees, Bult y Van Minnen, 2010). Varios estudios informaron sobre programas de tratamiento cognitivo-conductual intensivos para el TEPT crónico que muestran efectos positivos sobre los síntomas del TEPT (Ehlers et al., 2010, 2005, 2014, Gantt y Tinnin, 2007; Hendriks et al., 2010), aunque la longitud y la cantidad de estos programas de tratamiento difirieron considerablemente, variando de 5 días de trabajo con 30 horas de tratamiento en total (Hendriks et al., 2010), 5-7 días consecutivos consistentes en 18-20 horas de tratamiento (Ehlers et al., 2010, 2014) , a 5-10 días con 7 u 8 horas de tratamiento por día (Blount, Cigrang, Foa, Ford y Peterson, 2014, Gantt y Tinnin, 2007) a un programa de 3 semanas que contiene más de 5 horas de tratamiento por día (Lande, Banks Williams, Francis, Gragnani y Morin, 2011). Los resultados también fueron positivos con respecto al abandono, variando del 0% (Ecklers et al., 2014, Ehlers et al., 2010, Hendriks et al., 2010, Lande et al., 2011) al 3% (Ehler et al., 2014, Gantt y Tinnin, 2007). A pesar de que no se observaron adversidades (Ehlers et al., 2014, Gantt & Tinnin, 2007, Hendriks et al., 2010), debe tenerse en cuenta que estos programas de tratamiento no contenían una fase de preparación previa a la terapia dirigida a la mejora de la regulación emocional y las habilidades interpersonales (Ehlers et al., 2010, 2005, 2014, Gantt y Tinnin, 2007, Hendriks et al., 2010).

Terapia intensiva de EMDR

A pesar de que la terapia EMDR es una TFT de primera línea para el TEPT, el número de estudios que han evaluado específicamente la eficacia del programa intensivo es limitado. Los estudios sobre la terapia EMDR intensiva que se han llevado a cabo hasta ahora carecían de un grupo de pacientes con un diagnóstico de TEPT establecido de forma oficial (Gray, 2011; Wesson & Gould, 2009), el tratamiento consistía de un número de sesiones muy limitado (Gray, 2011; Proudlock & Hutchins, 2016; E. Shapiro & Laub, 2015), y/o el tratamiento se combinó con otros elementos psicoterapéuticos del tratamiento (Jarero et al., 2015; Lobenstine & Courtney, 2013).

Finalidad y objetivos del presente estudio

Basándose en el conocimiento y la experiencia de otros programas de tratamiento intensivo para el TEPT que utilizan otras formas de terapia, se desarrolló un

programa de tratamiento similar que duraba 8 días y que contenía 3 horas de terapia EMDR al día. La finalidad de este estudio fue determinar la seguridad y la efectividad de este programa con un grupo de siete pacientes que sufrían TEPT grave como resultado de la exposición a múltiples eventos traumáticos, principalmente durante la primera infancia. Se planteó la hipótesis de que esta forma de terapia EMDR en grupo sería segura (desde el punto de vista de una incidencia insignificante de eventos adversos personales y una baja tasa de abandono escolar), que los síntomas de TEPT de los pacientes disminuirían significativamente y que estos resultados podrían mantenerse a los 3 meses de seguimiento.

Método

Participantes

Los participantes del estudio fueron el primer grupo de pacientes (tres hombres y cuatro mujeres) de todos los grupos que participaron en el programa de tratamiento de días consecutivos en otoño de 2015. Fueron remitidos por su médico general, psicólogo o psiquiatra para el tratamiento del TEPT al Centro de Expertos en Psicotrauma (*Psychotrauma Expertise Centre* - PSYTREC), un centro de salud mental en Bilthoven, Países Bajos (www.psytrek.nl). La edad media de los participantes era de 42,4 años ($DE = 9,1$). Todos cumplieron con los criterios diagnósticos de TEPT (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª ed., Rev.doc., DSM-IV-TR). Además, cumplieron con los criterios de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 11ª revisión (CIE-11), para el diagnóstico de TEPT complejo (Maercker et al., 2013) que requiere la presencia de TEPT, así como la presencia de al menos un síntoma de cada uno de los siguientes tres grupos: (a) desregulación emocional (es decir, mayor reactividad emocional, arranques violentos, comportamiento imprudente o autodestructivo, inclinación hacia estados disociativos prolongados) (b) autoconcepto negativo (es decir, creencias persistentes sobre uno mismo de inferioridad, fracaso o no valía), y (c) problemas relacionales (es decir, dificultades persistentes en mantener relaciones o dificultades para sentirse cerca de los demás). Además, la mayoría también sufría trastornos psiquiátricos múltiples y comórbidos (p. ej., trastorno de pánico, $n = 4$, trastornos afectivos, $n = 7$, abuso de sustancias, $n = 1$, trastornos de la personalidad, $n = 2$).

Los criterios de inclusión fueron el diagnóstico de TEPT, tener al menos 18 años de edad y un conocimiento suficiente de holandés para someterse al tratamiento. Los participantes que tomaban drogas psicoactivas tenían que consumir la misma dosis durante al menos 1 mes. El riesgo de suicidio se estableció utilizando la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) (*Mini-International Neuropsychiatric Interview*) (MINI, Overbeek, Schruers y Griez, 1999, Sheehan et al., 1998) que usa una clasificación del riesgo de suicidio actual en bajo, moderado y alto. Los criterios de exclusión para el tratamiento en la clínica fueron tanto la presencia de un alto riesgo de suicidio actual como la historia de un intento de suicidio 3 meses antes del tratamiento.

Procedimiento

El estudio se realizó de acuerdo con los criterios y normas para la investigación, tal y como se establece en la Declaración de Helsinki y en la Ley de Investigación Médica Holandesa sobre Participación Humana (con sus siglas en inglés - WMO) relativa a la investigación científica; es decir, se recogieron todos los datos utilizando los instrumentos de evaluación estándar del centro de salud mental PSYTREC, el estudio carecía de asignación aleatoria y no se esperaba ninguna vulneración física adicional de la integridad física y/o psicológica del individuo. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de cada participante del estudio. Durante la primera sesión de acogida con un psicólogo del centro, se evaluó a los pacientes con el MINI y completaron el Cuestionario de Auto-informe de la Escala de Síntomas de TEPT (con sus siglas en inglés - PSS-SR, Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum, 1993). Entre la primera y la segunda sesión de acogida, se pidió a los pacientes que completaran la entrevista modificada para los eventos traumáticos en estados infantiles (con sus siglas en inglés - ITEC, Lobsestael, Arntz, Harkema-Schouten, & Bernstein, 2009) junto con una lista de verificación adicional acerca de los acontecimientos traumáticos que podrían haber experimentado durante su trabajo.

Durante la segunda sesión de acogida en el centro, se evaluó a los pacientes con la Escala de TEPT Administrada por el Clínico (con sus siglas en inglés - CAPS, Blake et al., 1995). A continuación, el terapeuta pedía al paciente que evaluara el nivel de perturbación de los recuerdos traumáticos desde el punto de vista de la gravedad de las intrusiones en una escala de 0 (ninguna perturbación) a 10 (mucho perturbación). Basándose en esta información y en el ITEC modificado, se elaboró un plan de tratamiento personal y una conceptualización del caso; es decir, los recuerdos de los traumas se ordenaron utilizando una secuencia a través de la cual los recuerdos más perturbadores tenían que ser procesados en primer lugar.

Una vez que tuvieron lugar las sesiones de acogida, se programó e implementó el tratamiento intensivo de 2 x 4 días consecutivos. Diez días después del tratamiento, los pacientes regresaron al centro para la evaluación post-tratamiento de los síntomas de TEPT, mediante el CAPS y el PSS-SR. Tras esta evaluación post-tratamiento, se administró el PSS-SR por correo electrónico 1 mes y 2 meses después del tratamiento. Después de 3 meses, se reevaluó el TEPT de los pacientes en el centro utilizando el CAPS y el PSS-SR (Tabla 1).

TABLA 1. Visión General del Programa de Tratamiento, Instrumentos de Evaluación, y su Duración

Evento	Instrumento de evaluación	Duración
Recepción por teléfono	Cuestionario de recepción	20 minutos
Recepción 1	MINI	2.5 horas
	PSS-SR	
Recepción 2	CAPS	2.5 horas
	ITEC*	
Primeros 4 días de tratamiento	Día 1: PSS-SR	4 días en la clínica
Casa		3 días
Segundos 4 días de tratamiento	Día 1: PSS-SR	4 días en la clínica
Post-tratamiento	CAPS	1 día
10 días después del tratamiento	PSS-SR	
Seguimiento: 1 y 2 meses después del post-tratamiento	PSS-SR	Se manda por e-mail
Seguimiento: 3 meses después del post-tratamiento	CAPS	2 horas
	PSS-SR	

Nota. MINI = Mini – Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional; PSS-SR = cuestionario de Auto-informe de la Escala de Síntomas de TEPT; CAPS = Escala de TEPT Administrada por el Clínico; ITEC = entrevista para eventos traumáticos en la infancia.

*Se le dará al paciente el formulario ITEC para hacerlo en casa y entregarlo en la segunda visita.

Tratamiento

El tratamiento consistió en 2 x 4 días consecutivos de terapia EMDR administrada dos veces al día, una sesión de 90 minutos por la mañana y una sesión de 90 minutos por la tarde. Tanto el programa matutino como el programa de la tarde consistieron en tres actividades; es decir, una sesión individual de tratamiento EMDR y dos actividades deportivas en grupo (3 horas). De este modo, los pacientes recibieron 3 horas de terapia EMDR y 6 horas de deporte al día. Por la noche, tenía lugar la psicoeducación grupal (2 horas) (Figura 1).

El programa de tratamiento se estableció como un programa de tratamiento ambulatorio. Sin embargo, por razones prácticas, por ejemplo, reducir el tiempo de viaje, los pacientes permanecieron en la instalación durante los 2 x 4 días. Entre los 2 x 4 días, se fueron a casa 3 días. Por consiguiente, el programa de tratamiento total se administró en 11 días.

Un psicólogo clínico trató a los pacientes individualmente, cada sesión de EMDR la llevó a cabo un psicólogo diferente. Estos psicólogos habían recibido por lo menos una formación básica EMDR y una formación interna para el tratamiento intensivo específico ofrecido por el centro. En la segunda acogida, el terapeuta y el paciente desarrollaron una conceptualización del caso que establecía una organización de los recuerdos de los eventos traumáticos que habían sido identificados por medio del CAPS y el ITEC y que posteriormente fueron procesados usando el protocolo estándar de EMDR, protocolo de ocho fases (De Jongh & diez Broeke, 2013, F. Shapiro, 2001, para una descripción, véase

<http://www.emdria.org/?120>) comenzando por el primer recuerdo más perturbador.

Programa matutino	07:30-08:00 AM Desayuno 08:15-09:45 AM Deporte 09:45-11:15 AM Sesión de EMDR 11:15-12:45 AM Deporte
Programa de la tarde	01:00-01:45 PM Descanso para comer 01:45-03:15 PM Deporte 03:15-04:45 PM Sesión de EMDR 04:45-06:15 PM Deporte
Programa de la noche	06:15-07:30 PM Cena 07:30-09:30 PM Psicoeducación

FIGURA 1: Ejemplo de un día de tratamiento del programa de tratamiento

Cabe señalar que, en esta conceptualización del caso, sólo se incluyeron los recuerdos de experiencias traumáticas que cumplieran el Criterio A del TEPT del DSM-IV. En todos los casos, la terapia incluía las ocho fases del protocolo estándar de EMDR (tres vertientes) con la única excepción de que los pacientes no recibieron ninguna actividad de relajación o de entrenamiento en habilidades de regulación emocional antes del procesamiento de sus recuerdos (para los motivos, ver de Jongh et al., 2016). Para abordar el miedo anticipatorio de los pacientes y la conducta de evitación (por ejemplo, volver a conducir un coche, estar solo en casa o el procesamiento de recuerdos traumáticos en sí), se aplicó el protocolo de *flash-forward* (Logie & de Jongh, 2014) a los pacientes con fantasías más asustadizas (por ejemplo, tener un terrible accidente, sufrir una violación o una descompensación psicótica). Durante el procesamiento, se aplicaron entretejidos cognitivos estándar para abrir el procesamiento bloqueado (por ejemplo, "¿Quieres decir que si tu sobrina hubiese sido violada sería culpa suya?") según lo descrito por el autor (F. Shapiro, 2001, 2007).

La terapia EMDR se llevó a cabo con el uso de un rápido despliegue de sets de movimientos oculares. Para maximizar la exigencia de la memoria de trabajo de los pacientes (de Jongh, Ernst, Marques, & Hornsveld, 2013), si era necesario, se permitía al terapeuta cambiar al uso de una barra de luz en combinación con auriculares con un sonido, que se alternaba de la oreja izquierda a la derecha, y dos almendritas (sensores que se sujetan con la mano) que proporcionan la alternación bilateral, la estimulación táctil.

Entre las sesiones de tratamiento, los pacientes participaban en un programa deportivo que consistía en deportes de alta intensidad y de baja intensidad, tanto en el interior como en el exterior (ciclismo de montaña, correr, escalar, caminar, tenis de mesa, tiro con arco y obstáculos). Los monitores, responsables del programa deportivo, fueron específicamente entrenados para este programa y se especializaron en el trabajo con pacientes con TEPT. Los pacientes recibieron instrucciones de seguir todo el programa deportivo a su

propio ritmo, incluso si no estaban acostumbrados a hacer deporte con este nivel de intensidad en la vida diaria.

Después de la cena, los pacientes recibieron psicoeducación relacionada con temas relevantes relacionados con el trauma. Durante las sesiones de psicoeducación se presentaron, explicaron y debatieron la explicación, el significado y el motivo de los diversos elementos del programa. Además, se informó a los pacientes acerca de los síntomas del TEPT.

Instrumentos de evaluación

El MINI (Overbeek et al., 1999, Sheehan et al., 1998) es una entrevista diagnóstica estructurada que se utiliza para determinar los diagnósticos del DSM-IV y de la CIE-10 de manera sistemática (van Vliet & de Beurs, 2007). El coeficiente Kappa, la sensibilidad y la especificidad del MINI son buenos (.0.70) o muy buenos (.0.80) para la mayoría de los diagnósticos. La fiabilidad entre observadores y test-retest parece buena (Lecrubier et al., 1997).

El CAPS (versión holandesa: Hovens, Luinge, & van Minnen, 2004) se utilizó para evaluar el diagnóstico de TEPT. El CAPS se considera el estándar de oro para diagnosticar la frecuencia y la gravedad de los síntomas de TEPT, proporcionando clasificaciones de los 17 síntomas de TEPT basados en el DSM-IV-TR en una escala de frecuencia (0-4) y una escala de intensidad (0-4). Para cada síntoma, se puede alcanzar una puntuación máxima de 8, que da como resultado una puntuación total que oscila de 0 a 136. Para determinar la condición del diagnóstico de TEPT, se recomienda usar la regla "1, 2"; es decir, es necesaria una puntuación de frecuencia de 1 o más y una puntuación de intensidad de 2 o más para que un síntoma en particular cumpla este criterio (Weathers, Keane, & Davidson, 2001; Weathers, Ruscio, & Keane, 1999). El cambio de los síntomas del TEPT en el CAPS asociado con el tratamiento fue operacionalizado en cuatro categorías mutuamente excluyentes definidas por Schnurr y Lunney (2016): "sin respuesta", "con respuesta", "pérdida de diagnóstico" y "remisión" basadas en el cambio de los síntomas en el post-tratamiento. La respuesta se definió como una reducción en el CAPS de 10 o más puntos. La pérdida de diagnóstico se definió como la respuesta a no tener ya más un diagnóstico de TEPT como se estableció con el CAPS y una puntuación de gravedad < 45 en el CAPS. La remisión se definió como la pérdida de diagnóstico más una puntuación de gravedad < 20 en el CAPS. El CAPS tiene una excelente fiabilidad (>0.90), obtiene puntuaciones consistentes entre los ítems, los observadores y las situaciones de prueba, tiene una excelente validez convergente y discriminante (>0.90), una utilidad diagnóstica y una sensibilidad al cambio clínico (Weathers et al., 2001).

Se utilizó una versión modificada del ITEC (Lobbestael et al., 2009) como inventario de las características del trauma, que incluye información sobre el agresor, la frecuencia de los eventos traumáticos y la edad del trauma. Para la finalidad de este estudio, se añadieron una serie de traumas relacionados con el trabajo. La consistencia interna oscila de $\alpha = 0,76$ a $\alpha = 0,87$, excepto para la "negligencia física" ($\alpha = 0,60$) que resulta aceptable. Para todas las subescalas, la fiabilidad del ITEC original parece ser buena (Lobbestael et al., 2009).

El PSS-SR (Foa et al., 1993, traducción holandesa: Arntz, 1993) es un cuestionario de auto-informe de 17 ítems que evalúa la gravedad de los síntomas de TEPT utilizando una escala Likert (0-3, rango total: 0-51). El PSS-SR cubre tres

áreas, es decir, reexperimentación, evitación y activación. Tiene una consistencia interna satisfactoria ($\alpha = 0,91$) y una alta fiabilidad test-retest ($r = 0,71$; Foa et al., 1993). El PSS-SR se administró al inicio del tratamiento (en la primera acogida, en el primer día de la primera y en los 4 días de la segunda), en el post-tratamiento (10 días después del tratamiento) y a los 1, 2 y 3 meses de seguimiento.

Análisis estadístico

Los análisis se realizaron con el SPSS 20 (IBM SPSS). Se realizó un análisis descriptivo de los siete pacientes durante el transcurso del programa de tratamiento y después, en el pre-tratamiento, en el post-tratamiento, y a los 3 meses de seguimiento. Se realizaron pruebas *t* de las muestras emparejadas para comparar el pre-tratamiento con la media del CAPS y el PSS-SR en el post-tratamiento y a los 3 meses de seguimiento. Para los tamaños del efecto de los cambios dentro del grupo, la *d* de Cohen se calculó como la diferencia entre la media pre-test y la media post-test (y entre la media post-test y la media a los 3 meses de seguimiento) dividida por la desviación estándar para los datos. De los datos perdidos, no se calcularon los últimos datos observados.

Resultados

Pacientes

Las siguientes descripciones de casos, en las cuales han sido cambiados u omitidos los nombres de los pacientes, las ciudades y las circunstancias para preservar el anonimato, proporcionan un resumen de los detalles diagnósticos de los pacientes y los resultados del tratamiento.

Harry. Harry, un hombre de 47 años, fue abusado sexualmente por un niño vecino cuando tenía 11 años. Además, durante los 15 años que sirvió como policía, se enfrentó a varios incidentes graves tras lo cual desarrolló un TEPT grave (puntuación del CAPS = 99, puntuación del PSS-SR = 23). También cumplió con los criterios diagnósticos del trastorno de pánico con agorafobia y del trastorno depresivo recurrente sin rasgos melancólicos. Harry indicó que tenía miedo de agredirse y se sentía socialmente aislado. No consumía drogas ni indicó consumir ningún medicamento psicotrópico. Se estimó que el riesgo de suicidio era bajo. Harry había recibido terapia ecléctica centrada en uno de los traumas del pasado cuando Harry era policía, que tenía que ver con el descubrimiento de una niña de 20 meses muerta que había sido maltratada por su padre. Dos años antes de este tratamiento, Harry había reanudado el tratamiento del TEPT, pero debido a que el tratamiento no estaba siendo exitoso, su psicólogo lo remitió a PSYTREC. Durante los primeros 4 días, las sesiones de EMDR se centraron en los recuerdos más perturbadores de Harry acerca de (a) el descubrimiento de un cuerpo en un avanzado estado de descomposición en el momento en que Harry era policía, (b) el abuso sexual cuando tenía 11 años, y (c) la niña fallecida y maltratada. Durante la segunda serie de los 4 días de tratamiento, la terapia EMDR se centró en los recuerdos de los traumas relacionados con el trabajo, tales como (d) haber visto a una víctima de un accidente de coche, (e) la confrontación con una persona que se

había suicidado, (f) un incidente con una persona con sobredosis de drogas, y (g) una pelea callejera en la que Harry fue amenazado con un cuchillo de carnicero. En el post-tratamiento, la puntuación del CAPS de Harry fue de 45 y la puntuación del PSS-SR fue 11. Ya no cumplía con los criterios diagnósticos de TEPT.

Jenny. Jenny, una mujer de 30 años, fue abusada sexualmente por su jefe durante un período de 6 meses cuando tenía 17 años. Este abuso sucedió varias veces a la semana. Además, su novio mostró un comportamiento sexual irrespetuoso. Cuando él terminó de repente con la relación, Jenny intentó suicidarse. También estaba familiarizada con las autolesiones y se le diagnosticó un trastorno de personalidad límite cuando tenía 18 años, además cumplía con los criterios del trastorno de pánico con agorafobia y un trastorno depresivo mayor. Un año antes, Jenny había sido diagnosticada de astenia, probablemente fue un diagnóstico erróneo debido al TEPT (puntuación CAPS = 86, PSS-SR puntuación = 30). No había recibido ningún tratamiento psicoterapéutico para el TEPT, pero sí había tomado medicación (venlafaxine 37,5 mg y propranolol 10 mg). No hubo abuso de sustancias, y según el MINI, el riesgo actual de suicidio se estimó como bajo. Durante el tratamiento, la psicoterapia EMDR se centró en los recuerdos de (a) el abuso sexual en la casa del jefe de Jenny, en el trabajo, y en su coche, (b) el intento de suicidio de Jenny, y (c) la ruptura con su novio. Durante el último día, el procedimiento EMDR se centró en un *flash-forward* de un posible suicidio futuro que ella temía. Como la puntuación del SUD pasó de 3 a 0, se pudo instalar la CP ("puedo manejarlo"). En el post-tratamiento, la puntuación del CAPS de Jenny fue de 47 y la puntuación del PSS-SR fue 14. Jenny ya no cumplía con los criterios diagnósticos de TEPT.

Bob. Bob, un hombre de 52 años, fue criado en un ambiente inseguro con abuso físico y psicológico por parte de su padre y su madre. Cuando Bob tenía 20 años, comenzó a trabajar como camionero. Entre 1981 y 2000, Bob trabajó en Libia, Bosnia, Argelia y los Balcanes. Durante sus numerosos viajes, Bob fue víctima de varios ataques violentos y amenazas con armas, fue testigo de un ataque suicida y se enfrentó a una gran variedad de situaciones violentas y de injusticia moral en los campamentos de refugiados. Seis años antes de su tratamiento en PSYTREC, le diagnosticaron TEPT. En el momento en que Bob inició el tratamiento, su puntuación en el CAPS era de 77 y la puntuación en el PSS-SR fue de 40. Cumplió con los criterios diagnósticos de: trastorno distímico, fobia social, síntomas de TOC y graves problemas para dormir. No hubo signos de abuso de alcohol. Bob tomaba medicación y consumía pipamperón 2 x 40 mg, sertralina OMH 2 x 100 mg, carbonato de calcio con vitamina D 2 x 500 mg / 800IE, hidroxocobalamina 1 mg = 2 ml, y temazepam 20 mg, bajo demanda. Se estimó que el riesgo de suicidio era bajo. Las sesiones de EMDR en la primera serie de 4 días de tratamiento se centraron en los recuerdos de: (a) Bob estando preso en un campo de refugiados, (b) siendo amenazado con una ametralladora, (c) las partes del cuerpo después de un ataque suicida, (d) un compañero de Bob recibiendo un disparo en la cabeza en Croacia, (e) ver a niños muertos en la guerra de los Balcanes y en Argelia, (f) un peligroso viaje desde Túnez a Argelia, y (g) situaciones inhumanas en los campamentos de refugiados donde los refugiados eran asesinados. En la segunda serie de 4 días de tratamiento (h), se procesaron con éxito algunos acontecimientos angustiosos que sufrió con sus padres cuando era niño y el

ambiente violento e inseguro en el hogar en general. Durante el último día de tratamiento, las sesiones se centraron en el temor de Bob de un ataque suicida en un mercado de su barrio utilizando el protocolo de *flash-forward*. Después de que las puntuaciones del SUD descendieran a 0, se pudieron resolver los recuerdos de los eventos traumáticos. Sin embargo, en el post-tratamiento, Bob se presentó con un humor bajo. Se activó por los ataques terroristas del ISIS en París en el otoño de ese año y la situación de amenaza global en el mundo en ese momento. Su puntuación en el CAPS en ese momento era 44 y en el PSS-SR era 36. Aunque Bob en este punto ya no cumplía los criterios diagnósticos de TEPT, se le recomendó más terapia en un centro de salud mental general para las molestias que quedaban. Bob decidió no participar en la administración del CAPS durante el seguimiento. Por lo tanto, se consideró a Bob como "perdido" en el análisis (pre-test a los 3 meses de seguimiento).

Wilma. Wilma, una mujer de 55 años de edad, se crió en un ambiente violento y tiene una historia de *bullying* y abusos por parte de sus compañeros durante la niñez. Más tarde en su vida, fue abusada sexualmente por varias ex-parejas y se convirtió en una víctima de violencia física en el trabajo después de lo cual desarrolló TEPT (puntuación en el CAPS = 57, puntuación en el PSS-SR = 29). Wilma también cumplió con los criterios diagnósticos de trastorno de pánico y trastorno distímico. Anteriormente en la vida, Wilma fue tratada de un trastorno de adaptación con ansiedad. Wilma recibió varios tratamientos psicoterapéuticos que se centraron principalmente en sus problemas de ansiedad. Wilma no informó ni de abuso de sustancias ni del consumo de alguna medicación psicotrópica. Se estimó que el riesgo de suicidio era bajo. En la primera serie de 4 días de tratamiento, las sesiones de EMDR se centraron en los recuerdos de (a) ser estrangulada por su ex-pareja cuando tenía 23 años, (b) ser estrangulada por un compañero de trabajo cuando tenía 30 años, (c) una violación anal por una de sus ex-parejas cuando tenía 28 años de edad, (d) el abuso sexual por otra ex-pareja cuando tenía 23 años, (e) una fiesta infantil en la que la intentaron ahogar deliberadamente en una pileta de agua cuando tenía 8 años de edad, (f) ser atacada y obligada por un grupo de niños a desnudarse en un almacén de construcción, y (g) ser atacada por un grupo de niños. En la segunda serie de 4 días de tratamiento, las sesiones de EMDR se centraron en los recuerdos de (h) el abuso sexual continuo por uno de sus novios, (i) la situación insegura y agresiva en el hogar cuando era niña, y (j) una situación violenta con su ex marido. Debido a que parecía que se habían resuelto todos los eventos traumáticos que cumplían el criterio A de TEPT, la sesión de tarde del último día de tratamiento se centró en el *flash-forward* de una colonoscopia dolorosa. La puntuación del SUD descendió a 0 y el VoC se convirtió en 7. En el post-tratamiento, la puntuación en el CAPS fue de 44 y la puntuación en el PSS-SR fue 23. Wilma ya no cumplía los criterios diagnósticos de TEPT.

Hilda. Hilda, una mujer de 36 años de origen marroquí, fue víctima de abuso sexual y de maltrato grave en la infancia por parte de su padre y de un abuso subsecuente por su ex-pareja en la edad adulta. Desde el momento en que su familia se mudó de Marruecos a los Países Bajos, vivió en un entorno inestable e inseguro y estuvo expuesta a varias situaciones que ponían en peligro su vida. En el momento del tratamiento, Hilda sufría un estrés severo porque sus hijos vivían

con su ex marido y no se le permitía verlos. Cuatro años antes, cuando Hilda se vio obligada a someterse a un tratamiento psicoterapéutico en una sala de hospital cerrada, los servicios de protección infantil la separaron de sus hijos. Hilda fue diagnosticada de TEPT grave (puntuación en el CAPS = 104, puntuación en el PSS-SR = 41), de un trastorno depresivo recurrente con rasgos melancólicos, un trastorno de pánico con agorafobia y fobia social. Hilda había sido sometida a varios tratamientos psicoterapéuticos en 2013 y en 2015, pero no se habían centrado en el TEPT y los síntomas permanecían. Había sido adicta al alcohol, pero dos meses antes del tratamiento, dejó de beber porque la combinación de la medicación (quetiapina, escitalopram, topiramato) y de la ingesta de alcohol se consideraba peligrosa. Se estimó que el riesgo de suicidio era bajo. Las sesiones de EMDR se centraron en los recuerdos de (a) cuando su ex-marido se lleva a su hijo cuando ella tiene 33 años, (b) ser abusada sexualmente por un sobrino en un baño que olía muy mal, (c) el abuso cuando tenía 6 años de edad, (d) el comportamiento violento grave de su ex-pareja cuando tenía 20 años, forzándola a ella y a su hija a buscar seguridad en un refugio, (e) ser hospitalizada después de una pelea grave entre ella y su pareja durante la cual ella mostró un comportamiento violento grave (f) Hilda siendo testigo de cómo su padre borracho mataba a otra persona cortándole la garganta cuando tenía 5 años, (g) cuando siendo joven, su padre enfadado tira por las escaleras a su madre y casi la mata, y (h) un accidente de moto que la tiene en coma durante 2 semanas y deja a su amiga ciega. La última sesión del tratamiento se centró en (i) un *flash-forward* relacionado con su agorafobia. En el post-tratamiento, la puntuación del CAPS parecía ser 1, al igual que la puntuación del PSS-SR. Hilda ya no sufría de TEPT e inició un procedimiento legal para recuperar la custodia de sus hijos.

James. James, un hombre de 39 años, creció en un entorno peligroso y violento. Cuando tenía 21 años, sirvió como soldado en la antigua Yugoslavia. Como resultado, desarrolló un TEPT grave (puntuación en el CAPS = 101, puntuación en el PSS-SR = 34). Constantemente sufría brotes agresivos graves y cumplía con los criterios diagnósticos del trastorno depresivo recurrente con rasgos melancólicos. En el pasado, James había intentado encontrar ayuda para tratar el TEPT, pero había suspendido el tratamiento debido a la falta de confianza en el tratamiento. No hubo indicios de abuso de sustancias ni James tomaba ningún medicamento psicotrópico. Se estimó que el riesgo de suicidio era bajo. Las primeras sesiones de EMDR se centraron en los recuerdos de James de (a) las situaciones violentas en el hogar con respecto a su padre, su madrastra y su abuela, cuando tenía 17 años, (b) en Bosnia, cuando un camión con soldados intentó tirarle por un barranco (c) cuando James no pudo evitar que un niño fuera disparado mientras su madre era testigo del asesinato, (d) suicidio de un preso cuando James trabajaba en una prisión entre 1999 y 2015, (e) su preparación para suicidarse, y (f) el divorcio de sus padres cuando era niño. El último día, todos los eventos traumáticos que cumplían el criterio A del TEPT estaban resueltos y su auto-imagen había mejorado. Todas las puntuaciones del SUD habían bajado a 0, y se podían instalar las CPs apropiadas. En el post-tratamiento, la puntuación en el CAPS de James fue de 9 y la puntuación en el PSS-SR fue 7. James ya no sufría TEPT.

Ellen. Ellen, una mujer de 38 años, había sido víctima de violencia física y abuso por parte de su padre desde los 13 años hasta los 15 años. Además, cuando

tenía unos 15 años, fue acorralada y atacada por dos niños que querían violarla. Afortunadamente, Ellen fue capaz de escapar. Cuando tenía 18 años, comenzó a trabajar como prostituta y estuvo haciéndolo durante más de 10 años. A la edad de 23 años, Ellen tuvo su primer episodio psicótico y fue hospitalizada. Después de esto, fue hospitalizada varias veces y se le diagnosticó un trastorno bipolar de tipo I. También se le diagnosticó TEPT (puntuación en el CAPS = 89, puntuación en el PSS-SR = 23), trastorno de pánico con agorafobia, trastorno bipolar y un trastorno de personalidad no especificado (NOS). Ella había estado en tratamiento varias veces para el trastorno bipolar y había estado tomando medicación durante 5 años (seroquel 700 mg, oxazepam 20 mg, temazepam 20 mg). Para hacer frente a los *flashbacks*, Ellen desarrolló una adicción a las benzodiazepinas (oxazepam). El riesgo de suicidio se estimó alto. Dos años antes del tratamiento, Ellen había recibido algunas sesiones de terapia de exposición para el TEPT, pero había suspendido el tratamiento porque tenía la sensación de que su estado mental empeoraba. Seis meses antes del tratamiento en PSYTREC, había recibido una sesión de terapia EMDR. Las sesiones de EMDR se centraron en el recuerdo referente a (a) su padre entrando en su dormitorio con un cuchillo de carnicero y tratando de estrangularla, (b) su primer episodio psicótico en el que se despertó en una celda de aislamiento y se sintió paralizada, (c) ser testigo de un gran incendio, (d) ser atacada por un amigo y un amigo de éste, (e) una situación en la cual fue amenazada con un cuchillo, violada y estrangulada por su novio mientras ella dormía. Posteriormente, la experiencia de Ellen en el tratamiento fue útil y positiva, y no sintió más la tendencia a la evitación. Debido a una enfermedad grave de su cónyuge, no asistió al post-tratamiento ni al seguimiento.

Resultados generales de los tratamientos

No se observaron eventos adversos ni agravación de los síntomas asociados con el tratamiento. Además, no se produjeron abandonos durante el curso del tratamiento.

La Tabla 2 muestra el cambio de los síntomas de TEPT de acuerdo con el CAPS y el PSS-SR para todos los sujetos. A pesar del bajo número de participantes en el estudio, las puntuaciones se distribuyeron de manera normal. En cuanto al efecto del tratamiento desde el pre-tratamiento al seguimiento, cuatro de los siete pacientes mostraron una pérdida de diagnóstico, de la cual dos pacientes estaban en remisión (es decir, "pérdida de diagnóstico" más una puntuación de gravedad en el CAPS < 20), y dos pacientes tenían una reducción de 10 puntos o más en la puntuación del CAPS. Las puntuaciones de dos personas (de Ellen en el post-tratamiento y en el seguimiento, y de Bob en el seguimiento) se perdieron.

TABLA 2. Cambio de los Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático reflejados en la Escala de TEPT Administrada por el Clínico y el Cuestionario de Auto-informe de la Escala de Síntomas de TEPT

	PSS-SR			CAPS			Fase final CAPS	
	Pre	Post	Seguimiento	Pre	Post	Seguimiento	Post	Seguimiento
Harry	23	11	27	99	45	70	Respuesta	Respuesta
Jenny	30	14	20	86	47	47	Respuesta	Respuesta
Bob	40	36	NA	77	22	NA	Pérdida de diagnóstico	NA
Wilma	29	25	10	57	44	43	Pérdida de diagnóstico	Pérdida de diagnóstico
Hilda	41	1	0	104	2	0	Remisión	Remisión
James	34	6	3	99	15	13	Remisión	Remisión
Ellen	23	NA	NA	89	NA	NA	NA	NA
Total	31.4	15.5	12	87.3	28.5	34.6		
DS	(7.3)	(12.9)	(11.4)	(16.2)	(18.3)	(28.0)		

Nota. La Respuesta es la reducción de 10 o más puntos en la puntuación del CAPS. La Pérdida de diagnóstico se da cuando la Respuesta ya no cumple los criterios B, C o D y la puntuación es < 45. La Remisión se da cuando tiene Pérdida de diagnóstico más una puntuación < 20. PSS-SR = cuestionario de Auto-informe de la Escala de síntomas de TEPT; CAPS = Escala de TEPT Administrada por el Clínico; NA = no disponible.

Como se muestra en la Figura 2, la puntuación media del CAPS disminuyó significativamente del pre- al post-tratamiento ($t [5] = 4.67, p = .005$), del pre-tratamiento a los 3 meses de seguimiento ($t [4] = 3.15, p = .035$), pero no de manera significativa del post-tratamiento a los 3 meses de seguimiento ($t [4] = 2.935, p = .403$). Los síntomas del TEPT según el CAPS disminuyeron sustancialmente con tamaños del efecto muy grandes (d de Cohen = 3.2) del pre- al post-tratamiento y del pre-tratamiento al seguimiento (d de Cohen = 2.3). El tamaño del efecto desde el post-tratamiento hasta el seguimiento fue pequeño (d de Cohen = 0.2). Además, las puntuaciones medias de los pacientes en el PSS-SR disminuyeron significativamente del pre al post-tratamiento con un gran tamaño del efecto ($t [5] = 2.98, p = .031; d$ de Cohen = 1.7) pero no significativamente del pre-test a los 3 meses de seguimiento ($t [4] = 2.47, p = 0.069; d$ de Cohen = 2.1). Las puntuaciones medias del post-tratamiento a los 3 meses de seguimiento no fueron significativas y el tamaño del efecto fue pequeño ($t [4] = 2.117, p = .912, d$ de Cohen = .058, Figura 3).

Discusión

Hasta donde nosotros sabemos, este es el primer estudio que evalúa la viabilidad y efectividad de un breve programa intensivo de tratamiento centrado en el trauma con terapia EMDR administrada a pacientes que sufren de TEPT complejo y con múltiples diagnósticos del Eje I y II concomitantes. Los resultados de este estudio apoyan la idea de que la aplicación del EMDR en grupo a pacientes con TEPT grave, sin ningún tipo de estabilización antes de la terapia, es segura, viable y aceptable para los pacientes.

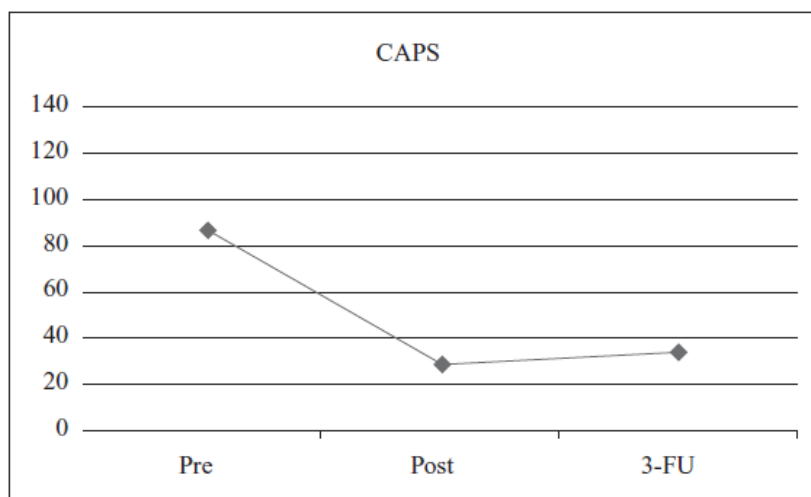


FIGURA 2. Trayectoria observada de la Escala de TEPT Administrada por el Clínico ($n = 6$)

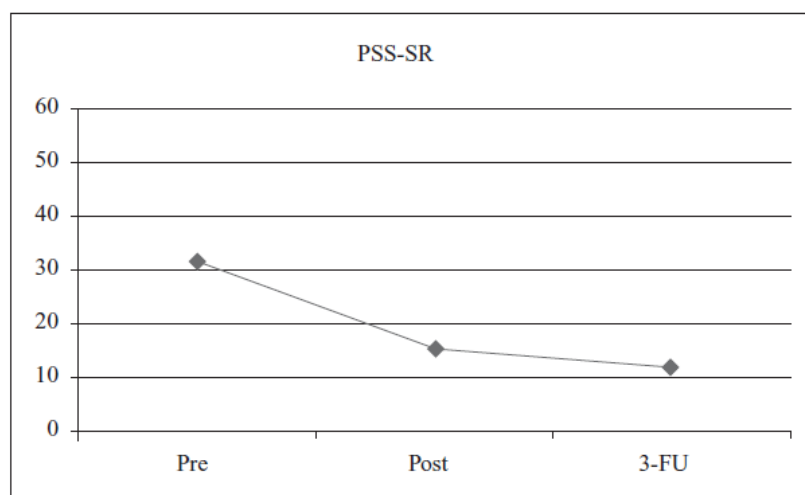


FIGURA 3. Trayectoria observada del cuestionario de Auto-informe de la Escala de Síntomas de TEPT ($n = 6$).

Es decir, no se observaron situaciones adversas del tratamiento y no se produjeron abandonos durante el curso del tratamiento. No sólo la versión intensiva de la terapia EMDR era segura, sino que también parecía estar asociada con una disminución significativa de los síntomas de TEPT y los resultados se mantuvieron durante el seguimiento.

Los resultados presentes están en gran medida en línea con estudios previos de programas intensivos similares usando EP o terapia cognitiva (Blount et al., 2014, Ehlers et al., 2010, 2014, Gantt & Tinnin, 2007, Hendriks et al., 2010, Lande et al., 2011). Aunque la terapia EMDR se ha administrado de manera intensiva en estudios previos, esta serie de casos fue la primera en evaluar un tratamiento intensivo no solo con terapia EMDR aplicada de forma grupal 3 horas al día, sino también en pacientes con manifestaciones complejas de TEPT. Además, en algún momento, se procesaron más de 10 recuerdos por paciente durante el tratamiento intensivo. Las diferencias importantes con respecto a estudios anteriores de EMDR (Greer, 2011; Jarero et al., 2015, Lobenstine y Courtney, 2013, Proudlock y Hutchins, 2016, E. Shapiro y Laub, 2015, Wesson y Gould, 2009) eran

que los pacientes permanecían en el centro dos veces, durante 4 días consecutivos seguidos, y se les ofrecía un programa intensivo de deporte, así como psicoeducación. La contribución y la influencia de esto, y el hecho de que cada sesión fue llevada a cabo por un terapeuta diferente, es desconocida, pero puede haber contribuido a los grandes tamaños del efecto encontrados en este estudio.

Limitaciones y fortalezas

La serie de casos presente tiene varias limitaciones. En primer lugar, la muestra era pequeña y hacer pruebas de importancia con una población tan pequeña siempre es un problema. Esto limita seriamente la generalización de los resultados. Además, el diseño de nuestro caso comprendía múltiples puntos de medición, pero no se controlaron al inicio del estudio.

Por lo tanto, la investigación futura debe centrarse en la comparación entre la aplicación de diferentes TFT utilizando una muestra más grande, un diseño controlado aleatorio y un seguimiento más largo. Otra limitación es que durante este estudio no se evaluó el transcurso de los problemas y los síntomas comórbidos, que incluyen la depresión, la ansiedad, la conducta adictiva y los síntomas relacionados con los trastornos de la personalidad. Esto era un problema porque los pacientes que sufren de una variedad de problemas comórbidos generalmente necesitan y buscan cuidados posteriores incluso cuando el TEPT ha sido tratado con éxito, lo que interfiere con una evaluación fiable de los resultados del tratamiento a largo plazo. Bob puede ser considerado como un ejemplo de tal situación. El punto fuerte de este estudio es la diversidad de la población y su comorbilidad. Otra ventaja es el seguimiento a los 3 meses, lo que demuestra que los resultados eran consistentes y podían mantenerse.

Conclusión

En conclusión, los resultados de esta primera serie de casos pequeña sugieren que la terapia intensiva de EMDR es viable de implementar dentro de un programa de tratamiento para el TEPT grave y que tiene el potencial de disminuir de manera significativa los síntomas de TEPT en pacientes con múltiples o graves comorbilidades sin una intensificación significativa de los síntomas. Aunque estos resultados son prometedores, hay claramente una necesidad de investigación más extensa en esta área. Este tipo de datos serviría para mitigar las creencias de que los individuos con TEPT grave o también llamado complejo son demasiado vulnerables y complicados de tratar o no pueden beneficiarse de la terapia centrada en el trauma, y a menudo se les ofrece diferentes programas de estabilización mientras que los síntomas de TEPT no se tratan. Con este fin, los resultados presentes no sólo son prometedores, sino que están también en consonancia con las recomendaciones recientes de ofrecer TFT rutinariamente, y consistentes con las pautas generales de tratamiento general del TEPT para prevenir un retraso o restricción del acceso a tratamientos efectivos centrados en el trauma. (de Jongh et al., 2016).

Referencias

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Washington, DC: Author.

Arntz, A. (1993). *Dutch translation of the PSS-SR*. Maastricht, the Netherlands: Author.

Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 75–90.

Blount, T. H., Cigrang, J. A., Foa, E. B., Ford, H. L., & Peterson, A. L. (2014). Intensive outpatient prolonged exposure for combat-related PTSD: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice, 21*, 89–96.

Castree, N., Kitchin, R., & Rogers, A. (2013). *A dictionary of human geography*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.

de Jongh A., Ernst, R., Marques, L., & Hornsveld, H. (2013). The impact of eye movements and tones on disturbing memories involving PTSD and other mental disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 44*, 447–483.

de Jongh, A., Resick, P. A., Zoellner, L. A., van Minnen, A., Lee, C. W., Monson, C. M., . . . Bicanic, I. A. E. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety, 33*, 359–369.

de Jongh, A., & ten Broeke, E. (2013). *Handboek EMDR: Een geprotocolleerde behandelmethode voor de gevolgen van psychotrauma* [EMDR Manual: A protocolised treatment method for the consequences of psychotrauma]. Amsterdam, the Netherlands: Pearson Assessment and Information BV.

Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., Grey, N., Liness, S., Wild, J., . . . McManus, F. (2010). Intensive cognitive therapy for PTSD: A feasibility study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38*, 383–398.

Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 413–431.

Ehlers, A., Hackmann, A., Grey, N., Wild, J., Liness, S., Albert, I., . . . Clark, D. M. (2014). A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *The American Journal of Psychiatry, 171*, 294–304.

Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A. M., Riggs, D. S., Feeny, N. C., & 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*, 73, 953–964.

Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2005). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459–473.

Foa, E. B., Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Hembree, E. A., & Alvarez-Conrad, J. (2002). Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1022–1028.

Gantt, L. M., & Tinnin, L. W. (2007). Intensive trauma therapy of PTSD and dissociation: An outcome study. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 69–80.

Grey, E. (2011). A pilot study of concentrated EMDR: A brief report. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5, 14–24. Gutner, C. A., Suvak, M. K., Sloan, D. M., & Resick, P. A.

(2016). Does timing matter? Examining the impact of session timing on outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 1108–1115.

Hagenaars, M. A., van Minnen, A., & Hoogduin, K. A. L. (2010). The impact of dissociation and depression on the efficacy of prolonged exposure treatment for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 19–27.

Hendriks, L., de Kleine, R., van Rees, M., Bult, C., & van Minnen, A. (2010). Feasibility of brief intensive exposure therapy for PTSD patients with childhood sexual abuse: A brief clinical report. *European Journal of Psychotraumatology*, 1, 5626.

Hovens, J. E., Luinge, B. A., & van Minnen, A. (2004). *Het klinisch interview voor PTSS (KIP)* [Clinician administered PTSD scale (CAPS)]. Nijmegen, Netherlands: Cure & Care.

Jarero, I., Artigas, L., Uribe, S., García, L. E., Cavazos, M. A., & Givaudan, M. (2015). Pilot research study on the provision of the eye movement desensitization and reprocessing integrative group treatment protocol with female cancer patients. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9, 98–105.

Jerud, A. B., Pruitt, L. D., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2016). The effects of prolonged exposure and sertraline on emotion regulation in individuals with posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 62–67.

Lande, R. G., Banks Williams, L., Francis, J. L., Gagnani, C., & Morin, M. L. (2011). Characteristics and effectiveness of an intensive military outpatient treatment

program for PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma*, 20, 530–538.

Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett Sheehan, K., . . . & Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12, 224–231.

Lee, D. J., Schnitzlein, C. W., Wolf, J. P., Vythilingam, M., Rasmusson, A. M., & Hoge, C. W. (2016). Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depression and Anxiety*, 33, 792–806.

Lobbestael, J., Arntz, A., Harkema-Schouten, P., & Bernstein, D. (2009). Development and psychometric evaluation of a new assessment method for childhood maltreatment experiences: The interview for traumatic events in childhood (ITEC). *Child Abuse & Neglect*, 33, 505–517.

Lobenstine, F., & Courtney, D. (2013). A case study: The integration of intensive EMDR and ego state therapy to treat comorbid posttraumatic stress disorder, depression, and anxiety. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7, 65–80.

Logie, R., & de Jongh, A. (2014). The “Flashforward procedure”: Confronting the catastrophe. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 25–32.

Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., Ommeren, M. V., . . . Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet*, 38 (9878), 1683–1685.

National Institute for Health and Care Excellence. (2005).

Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London, United Kingdom: Author.

Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2010). A meta-analysis of the influence of comorbidity on treatment outcome in the anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 30, 642–654.

Overbeek, T., Schruers, K., & Griez, E. (1999). *Mini International Neuropsychiatric Interview: Nederlandse Versie 5.0.0* [Dutch Version]. Maastricht, Netherlands: Universiteit van Maastricht.

Proudlock, S., & Hutchins, J. (2016). EMDR within crisis resolution and home treatment teams. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10, 47–56.

Resick, P. A., Galovski, T. E., O'Brien Uhlmansiek, M. O., Scher, C. D., Clum, G., & 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. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 243–258.

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, 867–879.

Resick, P. A., Suvak, M. K., & Wells, S. Y. (2014). The impact of childhood abuse among women with assault-related PTSD receiving short-term cognitive-behavioral therapy. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 558–567.

Schnurr, P. P., & Lunney, C. A. (2016). Symptom benchmarks of improved quality of life in PTSD. *Depression and Anxiety*, 33, 247–255.

Shapiro, E., & Laub, B. (2015). Early EMDR intervention following a community critical incident: A randomized clinical trial. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9, 17–27.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Shapiro, F. (2007). EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 68–87.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., . . . Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22–33.

van den Berg, D. P. G., de Bont, P. A. J. M., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72, 259–267. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2637>

van Minnen, A., Arntz, A., & Keijsers, G. P. J. (2002). Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: Predictors of treatment outcome and dropout. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 439–457.

van Minnen, A., Harned, M. S., Zoellner, L., & Mills, K. (2012). Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 18805–18807.

van Minnen, A., van der Vleugel, B. M., van den Berg, D. P. G., de Bont, P. A. J. M., de Roos, C., van der Gaag, M., & de Jongh, A. (2016). Effectiveness of trauma-focused treatment for patients with psychosis with and without the dissociative subtype of post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 209, 347–348.

<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.116.185579>

van Vliet, I. M., & de Beurs, E. (2007). Het Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI): Een kort gestructureerd diagnostisch psychiatrisch interview voor DSM-IV- en ICD-10-stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* [The Mini International Neuropsychiatric Interview: A short structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10 disorders], 49, 393–397.

Weathers, F. W., Keane, T. M., & Davidson, J. R., (2001). Clinician-administered PTSD scale: A review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety*, 13, 132–156.

Weathers, F. W., Ruscio, A. M., & Keane, T. M. (1999). Psychometric properties of nine scoring rules for the clinician-administered posttraumatic stress disorder scale. *Psychological Assessment*, 11, 124–133.

Wesson, M., & Gould, M. (2009). Intervening early with EMDR on military operations: A case study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 91–97.

Wolf, E. J., Lunney, C. A., & Schnurr, P. P. (2015). The influence of the dissociative subtype of posttraumatic stress disorder on treatment efficacy in female veterans and active duty service members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 95–100. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000036>

Correspondencia con respecto a este artículo debe dirigirse a Hannelies Bongaerts, MA, MSc, PSYTREC, profesor Bronkhorstlaan 2, 3723 MB Bilthoven, Países Bajos. E-mail: bongaerts@psytrec.com