

## **EFICACIA Y UTILIDAD CLÍNICA DE LOS TRATAMIENTOS PARA LAS VÍCTIMAS ADULTAS DE ATENTADOS TERRORISTAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

María Paz García-Vera<sup>1</sup>, Natalia Moreno<sup>1,2</sup>, Jesús Sanz<sup>1</sup>,  
Sara Gutiérrez<sup>1</sup>, Clara Gesteira<sup>1</sup>, Alejandro Zapardiel<sup>1,2</sup>  
y Sylvia Marotta-Walters<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidad Complutense de Madrid; <sup>2</sup>Asociación Víctimas del Terrorismo (España); <sup>3</sup>George Washington University (Estados Unidos)

### **Resumen**

Se presenta una revisión sobre la eficacia y utilidad clínica de los tratamientos para los trastornos mentales en víctimas adultas del terrorismo. Una búsqueda en PsycINFO, PILOTS y MEDLINE encontró ocho estudios, todos sobre el trastorno por estrés postraumático (TEPT): siete sobre la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma y uno sobre la de exposición en combinación con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, pero ninguno sobre otros fármacos, otras terapias psicológicas no cognitivas conductuales u otros trastornos mentales. Los resultados sugieren que: (a) la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma no sólo es eficaz y útil en la práctica clínica para el tratamiento del TEPT en víctimas adultas del terrorismo, sino actualmente la terapia de elección y (b) la investigación futura debería desarrollar, adaptar y probar tratamientos para los otros trastornos mentales que pueden sufrir las víctimas del terrorismo (p. ej., trastornos depresivos y de ansiedad, duelo complicado) y para las víctimas de los países no desarrollados y no occidentales que son los que sufren en mayor medida el terrorismo.

*PALABRAS CLAVE: terrorismo, trastornos mentales, tratamiento, trastorno por estrés postraumático.*

### **Abstract**

A review of the efficacy and clinical utility (effectiveness) of the treatments for mental disorders in adult victims of terrorism is presented. A search in PsycINFO, PILOTS and MEDLINE found eight studies, all of them on posttraumatic stress disorder (PTSD): seven on trauma-focused cognitive-behavioral therapy and one on exposure therapy in combination with a selective inhibitor of serotonin reuptake, but none on other medications, other non-cognitive-behavioral psychological therapies or other mental disorders. The results of this review

---

Este trabajo fue parcialmente financiado por una ayuda de investigación del Ministerio de Ciencia e Innovación (PSI2011-26450) y por cuatro contratos de investigación de la Asociación Víctimas del Terrorismo (nº 270-2012, 283-2013, 53-2014 y 100-2014).

*Correspondencia:* Jesús Sanz, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología, Campus de Somosaguas 28223 Madrid (España). E-mail: jsanz@psi.ucm.es

suggest that: (a) trauma-focused cognitive behavioral therapy is not only efficacious and useful in clinical practice for the treatment of PTSD in victims of terrorism, but also currently the therapy of choice, and (b) future research should develop, adapt and test treatments for other mental disorders that victims of terrorism may suffer from (e.g., depressive and anxiety disorders, complicated grief) and for victims of non-developed, non-Western countries that are the countries that suffer most from terrorism.

KEY WORDS: *terrorism, mental disorders, treatment, posttraumatic stress disorder.*

## Introducción

El terrorismo es un grave problema mundial que cada año afecta a un número muy elevado de personas. Aunque la mayoría de ellas no desarrollarán trastornos mentales debido a los atentados terroristas y conseguirán recuperarse sin secuelas psicopatológicas significativas, un porcentaje importante sufrirá trastornos por estrés postraumático (TEPT), depresivos o de ansiedad (García-Vera y Sanz, 2010, en prensa). El objetivo de este artículo es revisar la literatura empírica sobre la eficacia y utilidad clínica de los tratamientos para los trastornos mentales que pueden desarrollar las víctimas adultas de atentados terroristas, para así determinar qué tratamientos eficaces y clínicamente útiles hay disponibles actualmente y cuáles son los de primera elección.

### *El terrorismo: una lacra mundial*

En el período entre 2005 y 2013 se produjeron en el mundo un promedio anual de 11.233 atentados terroristas que causaron como media 16.013 muertos, 31.646 heridos y 9.661 secuestrados cada año (tabla 1). Estas cifras justifican la consideración del terrorismo como uno de los problemas mundiales más graves. En los últimos años la mayoría de los atentados han ocurrido en Oriente Medio y el Sur de Asia (alrededor del 40% y 35%, respectivamente) y, en concreto, en países como Irán, Afganistán, Paquistán o India. Sin embargo, el terrorismo afecta a todas las regiones del mundo (tabla 1), y España no es una excepción. Durante los últimos 45 años el terrorismo ha causado en España 1.225 muertos y miles de heridos, siendo la década de 1978 a 1987 y el año 2004 especialmente cruentos (Fundación Víctimas del Terrorismo, 2014). Así, entre 1978 y 1987 el terrorismo provocó en España una media anual de 65 fallecidos, mientras que los atentados terroristas ocurridos en Madrid el 11 de marzo de 2004 causaron 193 muertos. A estas víctimas directas del terrorismo habría que sumar sus víctimas indirectas, ya que las repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas no solo alcanzan a las personas que directamente han experimentado el atentado y han sobrevivido al mismo ilesas o con heridas de mayor o menor consideración, sino que se extienden a los familiares y allegados de las personas muertas y heridas, a los profesionales y voluntarios de emergencia, rescate y recuperación que han intervenido en la ayuda a las víctimas directas y en la recuperación de la zona afectada, a las personas residentes en áreas cercanas a los lugares de los atentados y a la población general de la comunidad afectada, la cual es el objetivo final de

**Tabla 1**  
Ataques y víctimas del terrorismo en el mundo en el período 2005-2010  
(adaptado de NCTC, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012a, 2012b; START, 2013, 2014)

Ataques terroristas y víctimas	Año								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012**	2013**
Número de ataques terroristas									
África	253	422	835	718	853	879	978	s.d.	s.d.
Este de Asia y Pacífico	1.007	1.036	1.429	978	821	728	543	s.d.	s.d.
Europa y Asia Central	780	659	606	774	737	704	561	s.d.	s.d.
Oriente Medio	4.230	7.755	7.540	4.594	3.297	3.416	7.721	s.d.	s.d.
Sur de Asia	3.974	3.654	3.607	4.354	4.847	5.537		s.d.	s.d.
América	867	826	482	352	444	340	480	s.d.	s.d.
Mundo entero	11.111	14.352	14.499	11.770	10.999	11.604	10.283	6.771	9.707
Número de fallecidos									
África	875	1.643	2.187	2.987	3.239	2.137	s.d.	s.d.	s.d.
Este de Asia y Pacífico	760	854	1.119	762	678	493	s.d.	s.d.	s.d.
Europa y Asia Central	371	220	227	292	367	355	s.d.	s.d.	s.d.
Oriente Medio	8.728	13.691	14.010	5.528	4.041	3.750	9.236	s.d.	s.d.
Sur de Asia	3.017	3.609	4.737	5.826	6.269	6.172		s.d.	s.d.
América	851	556	405	370	377	279	s.d.	s.d.	s.d.
Mundo entero	14.602	20.573	22.685	15.765	14.971	13.186	12.533	11.908	17.891
Número de heridos									
África	662	1.162	2.633	3.918	3.878	4.539	s.d.	s.d.	s.d.
Este de Asia y Pacífico	1.745	1.238	1.714	1.573	1.167	1.328	s.d.	s.d.	s.d.
Europa y Asia Central	1.897	809	742	1.089	1.054	1.187	s.d.	s.d.	s.d.
Oriente Medio	13.525	25.811	30.880	15.820	14.245	12.781	s.d.	s.d.	s.d.
Sur de Asia	5.926	8.506	7.774	11.227	11.502	10.350	s.d.	s.d.	s.d.
América	950	688	567	497	818	480	s.d.	s.d.	s.d.
Mundo entero	24.705	38.214	44.310	34.124	32.664	30.665	25.903	21.652	32.577
Número de secuestrados									
África	181	1.118	1.009	1.002	2.592	2.651	s.d.	s.d.	s.d.

Ataques terroristas y víctimas	Año								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012**	2013**
Este de Asia y Pacífico	62	229	503	277	148	246	s.d.	s.d.	s.d.
Europa y Asia Central	35	14	89	43	4	9	s.d.	s.d.	s.d.
Oriente Medio	479	1.905	1.926	849	887	1.206	s.d.	s.d.	s.d.
Sur de Asia	33.491	12.235	1.364	2.477	6.657	1.748	s.d.	s.d.	s.d.
América	532	353	180	210	219	190	s.d.	s.d.	s.d.
Mundo entero	34.780	15.854	5.071	4.858	10.507	6.050	5.554	1.283	2.990
Ataques terroristas con 10 o más fallecidos	226	289	355	235	234	192	193	186	291†

Notas: s.d.= sin datos. †Los datos de estos años proceden de los informes del START (*National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism* de los EE. UU.), mientras que los restantes proceden de los informes del NTCT (*National Counterterrorism Center* de los EE. UU.). A partir de 2012, el NTCT dejó de publicar estadísticas sobre ataques y víctimas del terrorismo por razones presupuestarias, pero dado que las metodologías de ambas instituciones para realizar esas estadísticas difieren, los datos de los años 2012 y 2013 no son directamente comparables con los años precedentes y, por tanto, las estimaciones de tendencias anuales o temporales se tienen que tomar con precauciones. †Estimación numérica basada en el gráfico del informe START sobre 2013 (START, 2014, p. 7). \*En los informes del NCTC sobre 2011 (NCTC, 2012a, 2012b), los datos de Oriente Medio y Sur de Asia se recogen de forma combinada y algunos datos no aparecen desglosados por zonas del mundo. \*\*En los informes del START sobre 2012 y 2013 (START, 2013, 2014) los datos no aparecen desglosados por zonas del mundo.

los actos terroristas (DiMaggio y Galea, 2006; DiMaggio *et al.*, 2009; García-Vera y Sanz, 2010, en prensa; Salguero, Fernández-Berrocal, Iruarrizaga, Cano-Vindel y Galea, 2011).

Aunque hace ya algún tiempo que la literatura científica había señalado tanto las repercusiones psicopatológicas del terrorismo como la necesidad de su tratamiento (Curran, 1988), no ha sido hasta hace apenas 15-20 años que se han desarrollado programas de investigación sistemáticos sobre ambas cuestiones. Es más, la información más sólida sobre ellas se limita prácticamente a la obtenida tras investigar un número muy reducido de atentados, especialmente los cometidos en países desarrollados y que provocaron un número elevado de muertos y heridos (p. ej., el atentado del 19 de abril de 1995 en Oklahoma, el del 15 de agosto de 1998 en Omagh, Irlanda del Norte, los del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y Washington DC, los del 11 de marzo de 2004 en Madrid o los del 7 de julio de 2005 en Londres). De hecho, los atentados del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y Washington DC supusieron un punto de inflexión en la investigación sobre las repercusiones psicopatológicas de los atentados y su tratamiento.

No obstante, los atentados anteriormente mencionados representan solo una pequeña parte del dramático problema del terrorismo, incluso si únicamente se tienen en cuenta los atentados con un número elevado de víctimas mortales. Considerando como tales los que provocan 10 muertos o más, en el período 2005-2013 se produjeron en el mundo 2.201 atentados terroristas con un número elevado de víctimas mortales, de los cuales tan solo 26 ocurrieron en Europa (uno en el Reino Unido, uno en Noruega, 10 en Turquía y 14 en Rusia) y sólo uno en Norteamérica (tabla 1) (*National Counterterrorism Center [NCTC]*, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012a, 2012b; *Bureau of Counterterrorism*, 2013, 2014). Por tanto, la investigación sobre las consecuencias psicopatológicas del terrorismo y su tratamiento está sesgada hacia los atentados terroristas masivos que se han producido en países desarrollados y presenta *a priori* problemas para generalizar sus hallazgos a los actos terroristas que ocurren en los países menos desarrollados y que representan, a nivel mundial, el porcentaje más importante de este gravísimo problema.

### *Repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas*

Teniendo en cuenta la limitación anterior, en los últimos años la investigación sobre las repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas ha crecido rápida y fructíferamente de manera que actualmente existe un corpus sólido de conocimiento empírico que ha permitido la realización de varias revisiones narrativas y metaanalíticas (p. ej., DiMaggio y Galea, 2006; DiMaggio, Galea y Li, 2009; García-Vera y Sanz, 2010, en prensa; Salguero *et al.*, 2011). Estas revisiones permiten concluir que, tras un atentado terrorista, existe un porcentaje significativo de personas afectadas por trastorno por estrés postraumático (TEPT) entre las víctimas tanto directas como indirectas, porcentaje que, por ejemplo, se estima entre el 13% y el 25% en las víctimas directas y entre el 5% y el 22% en la población general de la comunidad afectada (DiMaggio y Galea, 2006).

Aunque el TEPT es el trastorno mental más frecuente entre las víctimas del terrorismo y, por tanto, el que más atención ha recibido por la comunidad científica, tras un atentado terrorista pueden aparecer una gran variedad de síntomas psicopatológicos y trastornos mentales diagnosticables. Las revisiones también indican que entre estos últimos los más frecuentes son: el trastorno depresivo mayor, la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de angustia y los trastornos por dependencia de alcohol y sustancias (DiMaggio *et al.*, 2009; García-Vera y Sanz, 2010; Salguero *et al.*, 2011). Por ejemplo, Salguero *et al.* (2011) estimaron que el riesgo de sufrir un trastorno depresivo mayor en las víctimas directas e indirectas es de 20-30% y 4-10%, respectivamente. Por su parte, las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad son más bajas que las de la depresión mayor, pero también significativas. Por ejemplo, García-Vera y Sanz (2010) estimaron en las víctimas directas una prevalencia media de 19,8% para la agorafobia, de 6,9% para el trastorno de ansiedad generalizada y de 6,1% para el trastorno de angustia.

En resumen, los datos de las revisiones realizadas hasta la fecha permiten inferir que la frecuencia del TEPT, de los trastornos depresivos y de los trastornos de ansiedad en las víctimas directas o indirectas de atentados terroristas es significativa y supera con mucho las tasas habituales de prevalencia de tales trastornos en la población general no afectada por el terrorismo (García-Vera y Sanz, 2010, en prensa).

Por tanto, dada la cantidad de víctimas directas e indirectas del terrorismo que se producen cada año en el mundo y dada la magnitud de la prevalencia de los trastornos mentales entre las mismas, la atención a su salud mental debería convertirse en un objetivo sanitario preferente y, por supuesto, cualquier plan para abordarla debería utilizar los tratamientos con mayor apoyo empírico sobre su eficacia y utilidad clínica.

### *Eficacia y utilidad clínica de los tratamientos*

En la literatura científica sobre el tratamiento de los trastornos mentales se suelen distinguir los conceptos de eficacia ("efficacy") y utilidad clínica ("effectiveness", este último a veces traducido como "efectividad", "eficacia práctica" o "eficacia real") en relación con la validez de las conclusiones que se pueden extraer de los estudios terapéuticos (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Seligman, 1995). Así, se habla de estudios de eficacia para aludir a los que se caracterizan por primar en sus diseños la validez interna para así poder inferir la existencia de una relación causal entre las terapias y los resultados positivos que se observen al final de las mismas. Para ello, los investigadores disponen las condiciones más óptimas y controladas posibles que les permitan detectar cualquier mínimo efecto positivo que pueda atribuirse exclusivamente al tratamiento. Esto implica, como mínimo, el que los investigadores ejerzan un control considerable sobre la selección de la muestra de participantes (utilizando, por ejemplo, criterios estrictos de inclusión y exclusión para llegar a muestras homogéneas), sobre la administración de los tratamientos (normalmente a través de la asignación aleatoria de los participantes a un grupo de tratamiento y a otro

grupo de control) y sobre la forma en que dichos tratamientos se aplican (empleando, por ejemplo, terapeutas con una formación muy similar y procedentes, habitualmente, de hospitales, clínicas y laboratorios universitarios, que han sido específicamente entrenados con manuales de tratamiento, que siguen protocolos terapéuticos muy definidos en cuanto, por ejemplo, el número de sesiones y su duración, y que son evaluados en cuanto al grado de fidelidad a los protocolos y a los manuales). El ejemplo típico de un estudio de eficacia es un estudio experimental (o ensayo clínico aleatorizado) con un grupo de control (estudio o ensayo controlado) sobre un muestra homogénea de pacientes que tiene lugar en el ambiente estructurado de los laboratorios u hospitales universitarios. Al primar la validez interna, tales estudios sacrifican en parte la validez externa y, por tanto, no está claro que los efectos positivos que se encuentran en esas condiciones ideales y controladas sean generalizables sin más a la práctica clínica habitual en la cual se interviene sobre una población mucho más heterogénea, que en parte tiene cierta capacidad para elegir el tipo de tratamiento que va a recibir y en la cual la aplicación de los tratamientos es flexible, autocorrectiva y está a cargo de profesionales clínicos que varían en mayor medida en su grado de formación y experiencia clínica.

A los estudios que abordan directamente la utilidad en la práctica clínica de una intervención (que previamente ha demostrado su eficacia) examinando sus efectos en condiciones que se asemejan a las que se encuentran en la práctica clínica habitual se les conoce como estudios de utilidad clínica (“effectiveness”). La principal característica de estos últimos estudios es que dan prioridad a la validez externa y, por tanto, examinan los efectos de los tratamientos en condiciones lo más parecidas posibles a las que se dan en la práctica clínica habitual, es decir, utilizan contextos terapéuticos naturales (p. ej., centros de atención primaria, centros de salud mental, hospitales y clínicas no universitarias), profesionales clínicos que trabajan en dichos contextos, y muestras de pacientes más heterogéneas que son seleccionadas sin apenas criterios de exclusión o inclusión de entre las personas que normalmente acuden o son remitidas a dichos contextos. La utilidad clínica viene determinada por múltiples factores, entre ellos la eficacia de la intervención, su correcta administración y sus efectos en la población más amplia que suelen representar los pacientes de los contextos clínicos aplicados, con una heterogeneidad psicosocial y biológica presumiblemente mucho mayor.

Por supuesto la distinción entre estudios de eficacia y utilidad clínica no es absoluta y sus características se pueden concebir mejor como continuos en los cuales difieren y se pueden situar los diferentes estudios sobre los efectos de los tratamientos, de manera que, por ejemplo, es posible valorar el grado en que un estudio en particular se puede considerar un estudio de eficacia o de utilidad clínica. Stewart y Chambless (2009), por ejemplo, han propuesto unos criterios y unas valoraciones numéricas para estimar el grado de representatividad clínica de un estudio dado y que, por tanto, permiten cuantificar el grado en que un estudio es un estudio de utilidad clínica en una escala de 0 a 9 (de poco a muy representativo de las condiciones de la práctica clínica habitual).

### *Psicopatología y respuesta terapéutica en víctimas de distintos tipos de acontecimientos traumáticos*

Aunque existe una abundante investigación empírica sobre la eficacia y utilidad clínica de varias terapias psicológicas y farmacológicas para los trastornos psicológicos que pueden padecer las víctimas de muy diversos acontecimientos traumáticos como, por ejemplo, para el TEPT en veteranos de guerra, víctimas de agresiones sexuales, supervivientes de accidentes de tráfico, víctimas de violencia doméstica o damnificados por catástrofes naturales (véanse las revisiones del *Australian Centre for Posttraumatic Mental Health*, 2007, 2013; Bisson y Andrew, 2007; Bisson *et al.*, 2007; Bradley, Greene, Russ, Dutra y Westen, 2005; *National Institute for Health and Clinical Excellence* [NICE], 2005), cabe la posibilidad de que dichas terapias no sean igualmente eficaces o clínicamente útiles en víctimas del terrorismo, y esto por varias razones.

Primero, existen datos que indican que, en comparación con las víctimas de otros acontecimientos traumáticos, las personas afectadas por algunos tipos de traumas presentan mayores niveles de sintomatología psicopatológica, tienen mayor probabilidad de sufrir trastornos mentales o muestran una tasa de remisión más baja (p. ej., Echeburúa, Corral y Amor, 1998; Grim, Hulse, Preiss y Schmidt, 2012; Lancaster, Melka, Rodriguez y Bryant, 2014; Morina, Wicherts, Lobbrecht y Priebe, 2014; Norris, 1992; Norris *et al.*, 2002; Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders y Best, 1993). Por ejemplo, Echeburúa *et al.* (1998) encontraron que el 50% de las víctimas del terrorismo presentaban un diagnóstico de TEPT frente a tan solo un 12% de las víctimas de accidentes de tráfico; es más, entre los pacientes con un diagnóstico de TEPT o de TEPT parcial (o subsíndrome del TEPT), aquellos que eran víctimas de terrorismo presentaban niveles más altos de sintomatología postraumática que las víctimas de accidentes de tráfico.

Segundo, los resultados de varios estudios empíricos señalan la existencia de perfiles sintomatológicos diferenciales entre víctimas de diferentes acontecimientos traumáticos (p. ej., Forbes *et al.*, 2012; Lancaster *et al.*, 2014; Norris, 1992; Echeburúa *et al.*, 1998). Por ejemplo, Echeburúa *et al.* (1998) también descubrieron que la evitación y la depresión estaban más acentuadas en las víctimas del terrorismo y, sin embargo, eran más bien bajas en personas que habían sufrido un accidente de tráfico.

Tercero, algunas revisiones metaanalíticas sugieren que la respuesta terapéutica de las víctimas difiere en función del tipo de acontecimiento traumático que han sufrido (Barrera, Mott, Hofstein y Teng, 2013; Bisson *et al.*, 2007; Bradley *et al.*, 2005; Gerger, Munder y Barth, Sloan, 2014; Feinstein, Gallagher, Beck y Keane, 2013). Por ejemplo, Bradley *et al.* (2005) encontraron que el tratamiento psicológico para el TEPT es menos eficaz en veteranos de guerra que en víctimas de otras experiencias traumáticas (véase también Barrera *et al.*, 2013; Bisson *et al.*, 2007), mientras que Kliem y Kröger (2013) encontraron que las víctimas de accidente de tráfico se benefician más, en relación con la prevención del TEPT crónico, de las intervenciones tempranas basadas en la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma que los supervivientes de otros acontecimientos traumáticos.

Cabría la posibilidad de que algunas de las diferencias señaladas en cualquiera de las tres líneas anteriores de investigación pudieran explicarse por los sesgos metodológicos que presentan algunos de los estudios actualmente disponibles como, por ejemplo, sesgos muestrales (p. ej., las víctimas tratadas en algunos hospitales o centros clínicos podrían constituir un grupo autoseleccionado de pacientes crónicos con discapacidades en múltiples áreas: social, laboral, escolar, familiar, etc.). Es cierto, también, que existen algunos datos que sugieren que no existen diferencias entre las víctimas de distintos tipos de acontecimientos traumáticos en cuanto a las características de los trastornos mentales que presentan o su respuesta terapéutica (p. ej., Gómez y Crespo, 2012; Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan y Foa, 2010). Sin embargo, a pesar de estos datos y de esos posibles sesgos metodológicos, los tres argumentos empíricos señalados con anterioridad justifican sobradamente la conveniencia de revisar específicamente la eficacia y utilidad clínica del tratamiento de los trastornos mentales para las víctimas de atentados terroristas, de la misma manera que existen revisiones específicas para las personas que han sufrido otros tipos de sucesos traumáticos como, por ejemplo, veteranos de guerra (Kitchiner, Roberts, Wilcox y Bisson, 2012), refugiados (Lambert y Alhassoon, 2015) y víctimas de agresiones sexuales (Taylor y Harvey, 2009; Vickerman y Margolin, 2009). Ese precisamente fue el objetivo del presente estudio.

### **Método**

Se realizó una búsqueda en las bases de datos bibliográficos PsycINFO, PILOTS (*Published International Literature On Traumatic Stress*) y MEDLINE de los trabajos publicados entre 1970 y julio de 2014 con la siguiente combinación de palabras en el campo de búsqueda "abstract" (resumen) de dichas bases de datos: ("efficacy" o "effectiveness" o "effective" o "efficacious") y ("terrorist" o "terrorism") y ("therapy" o "treatment" o "medication"). Esta búsqueda dio lugar a 297 trabajos diferentes, entre los cuales, tras revisar su contenido y excluir los estudios no empíricos, los que no incluían personas que hubieran experimentado directa o indirectamente un atentado terrorista, los que no presentaban datos sobre los resultados de las terapias o tratamientos, los que utilizaban diseños de caso único no experimentales, los que solo incluían víctimas infantiles o adolescentes y los que no incluían al menos algunas víctimas con trastornos psicológicos diagnosticables, se encontraron ocho estudios empíricos sobre la eficacia o utilidad clínica de cualquier tipo de tratamiento con muestras de víctimas adultas del terrorismo que presentaban trastornos mentales en su totalidad o en algún porcentaje especificado de esas muestras.

### **Resultados**

Como puede observarse en las tablas 2 y 3, siete de los ocho estudios empíricos encontrados han analizado la eficacia o utilidad clínica de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma, mientras que el estudio restante (Schneier *et al.*, 2012) se centró en la eficacia de la terapia de exposición. Por

**Tabla 2**  
Estudios grupales sobre la eficacia del tratamiento psicológico en víctimas adultas del terrorismo

Referencia	Incidente terrorista	Víctimas	Trastornos psicológicos principales (% de víctimas)	Tratamiento psicológico	Medidas	Resultados a corto plazo	Resultados a medio y largo plazo
Estudios con diseño intergrupo y asignación aleatoria de los pacientes a los grupos de tratamiento (GT) y de control (GC)							
Duffy <i>et al.</i> (2007)	Ataques terroristas y conflictos civiles relacionados en Irlanda del Norte	58 víctimas: - 32 testigos directos - 15 testigos indirectos - 11 heridos	- TEPT: 100% - TDM: 63,8% - Trastorno de angustia: 20,7% - Trastorno por consumo de alcohol o sustancias: 13,8% - Fobias específicas: 10,3% - TAG: 5,2%	- GT (29 pacientes): TCC (12 sesiones semanales; n° medio= 5,9) con sesiones adicionales de seguimiento (n° medio= 2) - GC (29 pacientes): lista de espera durante 12 semanas y luego (28 pacientes) TCC	- PDS - BDI-IA - SDS-W, SDS-S y SDS-F	A las 12 semanas, diferencias significativas entre grupos en todas las medidas, con el GT mejorando en todas las medidas y el GC en ninguna. TE pre-post para todos los pacientes tras TCC: (N de intención de tratar= 57): 1,25 (PDS), 1,05 (BDI-IA), 0,97 (SDS-W), 1,03 (SDS-S) y 0,70 (SDS-F). Para todos los pacientes tras TCC (N de intención de tratar= 57): 56,1% mejoraron (una reducción de al menos el 50% en PDS)	Las ganancias terapéuticas se mantuvieron bien: no se encontraron ni diferencias significativas ni mejoras posteriores significativas en las puntuaciones entre el tratamiento y los seguimientos (seguimientos a 1, 4 y 12 meses)
Difede, Malta <i>et al.</i> (2007)	Aviones estrellados en el World Trade Center el 11 de septiembre de 2011 en Nueva York	31 trabajadores de rescate-emergencia	- TEPT: 67,7% - Criterios por debajo del umbral de TEPT: 32,3%	- GT (15 pacientes, pero solo 7 lo completaron): TCC (12 sesiones semanales) - GC (16 pacientes, solo 14 lo completaron): tratamiento habitual ( <i>feedback</i> sobre la evaluación y consejo y ayuda para obtener tratamiento para el TEPT: ninguno lo buscó)	- CAPS - PCL - BDI - BSI-GSI - MAST	A las 12 semanas, sin diferencias significativas entre grupos en ninguna medida (análisis de intención de tratar); entre los que completaron, diferencias significativas en medidas de TEPT (CAPS y PCL). TE entre grupos para los que completaron: 1,37 (CAPS) y 1,66 (PCL). Entre los que completaron, un 71,4% de mejoría (reducción > 10 puntos en CAPS) en el GT frente a 28,6% en GC	En el seguimiento a los 3 meses, las ganancias terapéuticas se mantenían bien en el PCL, BDI, GSI y MAST entre los que completaron el tratamiento del GT (n= 6), pero en el artículo no se presentaban resultados estadísticos claros

Bryant et al. (2011)	Atentados ocurridos entre 2004 y 2009 en el sur de Tailandia	28 víctimas directas con un diagnóstico primario de TEPT basado en criterios DSM-IV	- TEPT: 100% - Duelo complicado en los pacientes con familiares muertos en los atentados: 85,7% (24 víctimas)	- GT (16 pacientes): TCC (8 sesiones semanales de 60 minutos) - GC (12 pacientes): tratamiento habitual (consejo ofrecido por psiquiatras no entrenados en TCC; 8 sesiones semanales)	- PSS-I - BDI-II - ICG - CAPS	En el postratamiento, diferencias significativas entre los grupos en todas las medidas y favorables al GT, con tamaños del efecto de 0,96 (PSS-I), 0,81 (BDI-II) y 0,58 (ICG). Para todos los pacientes, 75% (GT) frente a 33% (GC) mejoraron clínicamente (puntuación < 19 en el CAPS y < 10 en el BDI-II), y esta diferencia fue significativa	En el seguimiento a los 3 meses, diferencias significativas entre los grupos en todas las medidas y favorables al GT, con tamaños del efecto de 0,62 (PSS-I), 0,37 (BDI-II) y 0,38 (ICG).
Schneier et al. (2012)	Aviones estrellados contra el <i>World Trade Center</i> el 11 de septiembre de 2011 en Nueva York	37 víctimas con diagnóstico de TEPT y síntomas moderados (CAPS $\geq$ 45) durante $\geq$ 3 meses	- TEPT: 100% - Trastornos del estado de ánimo: 65,8%	- GT (19 pacientes, pero solo 13 completaron el tratamiento): Terapia de exposición prolongada (10 sesiones semanales) + paroxetina - GC (18 pacientes, pero solo 13 completaron el tratamiento): Terapia de exposición prolongada (10 sesiones semanales) + placebo farmacológico	- CAPS - CGI-C - HDRS - Q-LES-Q	En el postratamiento, la remisión de TEPT (CAPS $\leq$ 20 y CGI-C= 1 "ha mejorado muchísimo") fue mayor (análisis de intención de tratar) en el GT (42,1%) que en GC (16,7%) y hubo diferencias intergrupos significativas (análisis de los que completaron el tratamiento) en CAPS y Q-LES-Q, pero no en HDRS	En el seguimiento a los 3 meses, durante los cuales se continuó con paroxetina ( $n= 13$ ) o placebo ( $n= 13$ ) como tratamiento de mantenimiento, no se encontraron diferencias en remisión (38% vs. 31%), CAPS, Q-LES-Q o HDRS
Estudios con diseño intergrupo y asignación no aleatoria de los pacientes a los grupos de tratamiento (GT) y de control (GC)							
Difede, Cukor et al. (2007)	Aviones estrellados contra el <i>World Trade Center</i> el 11 de septiembre de 2011 en Nueva York	21 trabajadores de rescate-emergencia y civiles	- TEPT: 100%	- GT (13 pacientes, pero solo 10 completaron el tratamiento): TCC con exposición mediante realidad virtual (8-14 sesiones semanales) - GC (8 pacientes): lista de espera	- CAPS - PCL - BDI - BSI-GSI	En el postratamiento, diferencias intergrupos significativas en la CAPS para los que completaron el tratamiento. TE intergrupo para los que completaron el tratamiento: 1,54 (CAPS). Entre los que completaron el tratamiento, el 90% mejoraron en la CAPS (reducción > 10 puntos en CAPS)	En el seguimiento a los 6 meses, las ganancias terapéuticas se mantenían en la CAPS para los que completaron el tratamiento ( $n= 9$ ), con diferencias intragrupo significativas en la CAP entre el pretratamiento y el seguimiento

Nota: TAG= trastorno de ansiedad generalizada; TDM= trastorno depresivo mayor; TEPT= trastorno por estrés postraumático; TCC= terapia cognitivo conductual; BDI= Inventario de depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*), BDI-IA= Inventario de depresión de Beck, primera edición corregida; BDI-II= Inventario de depresión de Beck, segunda edición; BSI-GSI= Índice de gravedad global del Inventario breve de síntomas (*Brief Symptom Inventory*); CAPS= Escala para el trastorno por estrés postraumático aplicada por el clínico (*Clinician-Administered PTSD Scale*); HDRS= Escala de valoración de la depresión de Hamilton (*Hamilton Depression Rating Scale*); ICG= Inventario de duelo complicado (*Inventory of Complicated Grief*); MAST= Test para el cribado del alcohol de Michigan (*Michigan Alcohol Screening Test*). PCL= Lista de verificación del trastorno por estrés postraumático (*PTSD Checklist*); PDS= Escala para el diagnóstico del estrés postraumático (*Post-traumatic Stress Diagnosis Scale*). PSS-I= Escala de síntomas del trastorno por estrés postraumático-entrevista (*PTSD Symptom Scale-Interview*); Q-LES-Q= Cuestionario de satisfacción y placer de la calidad de vida (*Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire*); SDS-W, SDS-S y SDS-F: subescalas Laboral, Social y Familiar de la Escala de discapacidad de Sheehan (*Sheehan Disability Scale*); TE= tamaño del efecto.

tanto, no se ha encontrado ningún estudio que haya analizado la eficacia o utilidad clínica en víctimas adultas de terrorismo que presentan trastornos psicológicos de los tratamientos farmacológicos o de otros tratamientos psicológicos no cognitivo conductuales, salvo el estudio que analizaba la terapia de exposición puesto que lo hacía en su combinación con un fármaco inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (Schneier *et al.*, 2012). Además, todos los estudios encontrados tenían como objetivo terapéutico principal el tratamiento del TEPT, aunque en cinco estudios las víctimas también presentaban aislada o comórbidamente con el TEPT otros trastornos mentales, principalmente trastornos depresivos y del estado de ánimo (p. ej., Duffy, Gillespie y Clark, 2007; Gillespie, Duffy, Hackmann y Clark, 2002; Schneier *et al.*, 2012), pero también duelo complicado (p. ej., Bryant *et al.*, 2011), trastorno por estrés agudo y trastornos adaptativos (García-Vera y Romero Colino, 2004).

A este respecto es importante recordar que en esta revisión se excluyeron los estudios de eficacia o utilidad clínica que no incluían al menos algunas víctimas con trastornos psicológicos diagnosticables. Por tanto, aunque se encontró un estudio que analizaba la eficacia de la terapia de reprocesamiento y desensibilización mediante movimientos oculares (EMDR) con víctimas de los atentados del 11-S en Nueva York (Silver, Rogers, Knipe y Colelli, 2005), otro sobre la eficacia de una terapia ecléctica con policías víctimas de atentados terroristas en Tailandia (Chongruksa, Parinyapol, Sawatsri y Pansomboon, 2012) y un tercero sobre la utilidad clínica de un programa específico de terapia cognitivo conductual centrado en el trauma con víctimas también de los atentados del 11-S en Nueva York (Levitt, Malta, Martin, Davis y Cloitre, 2007), estos tres estudios fueron excluidos porque o bien no informaban del número de víctimas que presentaban trastornos mentales diagnosticables (Levitt *et al.*, 2007; Silver *et al.*, 2005) o bien informaban de que ninguna de las víctimas tratadas presentaba trastornos mentales diagnosticables según el DSM-IV (Chongruksa *et al.*, 2012).

Ninguno de los estudios incluidos en la presente revisión utilizó un diseño de caso único experimental, sino que todos los estudios utilizaron diseños grupales, cinco de ellos intergrupales, es decir, con un grupo de tratamiento y un grupo de control o comparación (Bryant *et al.*, 2011; Difede, Cukor *et al.*, 2007; Difede, Malta *et al.*, 2007; Duffy *et al.*, 2007; Schneier *et al.*, 2012), y tres intragrupal, es decir, con un solo grupo y, en concreto, con un diseño pre-postratamiento (Brewin *et al.*, 2008; García-Vera y Romero Colino, 2004; Gillespie *et al.*, 2002). De los cinco estudios intergrupales, cuatro utilizaron un diseño experimental, es decir, con asignación aleatoria de los pacientes a los grupos de tratamiento y de control o comparación (Bryant *et al.*, 2011; Difede, Malta *et al.*, 2007; Duffy *et al.*, 2007; Schneier *et al.*, 2012), y uno un diseño cuasiexperimental con asignación no aleatoria (Difede, Cukor *et al.*, 2007). Por otro lado, en dos de los cinco estudios intergrupales el grupo de control o comparación fue de lista de espera (Duffy *et al.*, 2007; Difede, Cukor *et al.*, 2007), en otros dos de tratamiento habitual (Bryant *et al.*, 2011; Difede, Malta *et al.*, 2007) y en el restante de exposición prolongada en combinación con un placebo farmacológico (Schneier *et al.*, 2012). Dado el tipo de diseño de investigación utilizado, la naturaleza de los grupos de control o comparación y el resto de características de los estudios (tablas 2 y 3), los cinco

estudios con diseños intergrupales pueden considerarse estudios de eficacia (tabla 2), mientras que los tres estudios con diseño intragrupal pre-postratamiento pueden considerarse estudios de utilidad clínica (tabla 3).

**Tabla 3**

Estudios grupales sobre la utilidad clínica del tratamiento psicológico en víctimas adultas del terrorismo (estudios con diseño intragrupo)

Referencia	Incidente terrorista	Víctimas	Trastornos psicológicos principales (% de víctimas)	Tratamiento psicológico	Medidas	Resultados a corto plazo
Gillespie <i>et al.</i> (2002)	Bomba en Omagh (Irlanda del Norte)	91 víctimas: - 33% heridos - 42% testigos directos - 12% personal de emergencias - 13% otras víctimas	- TEPT: 100% - TDM: 47,3% - Abuso o dependencia del alcohol: 5,5% - Trastorno de angustia y/o agorafobia: 4,4%	TCC (mediana de sesiones= 8; rango: 2-73)	- PDS - IES-R - BDI-IA - GHQ	En el postratamiento, diferencias intragrupo significativas en PDS ( $n=78$ pacientes), BDI ( $n=33$ ) y GHQ ( $n=37$ ). TE intragrupo para PDS: 2,47 ( $n=78$ pacientes). Para $n=78$ , 73,1% mejoraron (al menos una reducción del 50% en PDS)
García-Vera y Romero Colino (2004)	Bombas en trenes el 11 de marzo de 2004 en Madrid	40 víctimas: - 7,5% heridos - 55% familiares de fallecidos - 17,5% voluntarios en el rescate - 12,5% testigos directos - 7,5% testigos indirectos	- TEPT: 22,5% - Trastorno por estrés agudo: 22,5% - Trastorno adaptativo: 37,5% - TDM: 2,5% - Duelo: 15%	TCC ( $n^{\circ}$ medio de sesiones= 5; rango= 2-16)	- ESEA - EI - BDI-II - STAI	Para todos los pacientes, 5% de abandonos, 90% de recuperados (no cumplían los criterios diagnósticos y tenían puntuaciones en medidas sintomáticas en el rango normal) y 5% de no recuperados. Para los pacientes con TEPT, 22% de abandonos, 67% de recuperados y 11% de no recuperados. Para pacientes con trastorno por estrés agudo, 100% de recuperados. Para pacientes con trastornos adaptativos, 100% de recuperados.
Brewin <i>et al.</i> (2008)	Atentados con bomba el 7 de julio de 2005 en Londres	75 supervivientes	- TEPT según DSM-IV o CIE-10: 100%	- TCC: 80% de los pacientes - EMDR: 10% de los pacientes - TCC + EMDR: 10% de los pacientes. N <sup>o</sup> modal de sesiones= 9 (rango= 1-29)	- PDS - BDI	En el postratamiento, diferencias intragrupo significativas en todas las medidas (análisis de intención de tratar). TE intragrupo para los pacientes con TEPT según el DSM-IV: 2,53 (PDS) y 1,90 (BDI). TE intragrupo para los pacientes con TEPT según la CIE-10: 1,99 (PDS) y 1,04 (BDI). Para $n=53$ , 87% y 79% de los pacientes mejoraron en la PDS (puntuación < 24) y en el BDI (puntuación < 15), respectivamente.

Nota: TDM= trastorno depresivo mayor; TEPT= trastorno por estrés postraumático; TCC= terapia cognitivo conductual; EMDR= Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (*Eye movement desensitization and reprocessing*); BDI= Inventario de depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*), BDI-IA= Inventario de depresión de Beck, primera edición corregida; BDI-II= Inventario de depresión de Beck, segunda edición; ESEA= Escala de síntomas de estrés agudo; EI= Escala de inadaptación; GHQ= Cuestionario de salud general (*General Health Questionnaire*); PDS= Escala para el diagnóstico del estrés postraumático (*Post-traumatic Stress Diagnosis Scale*); IES-R= Escala revisada de impacto del estresor (*Impact of Event Scale-Revised*); STAI= Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (*State-Trait Anxiety Inventory*); TE= tamaño del efecto.

### *Eficacia de los tratamientos para el TEPT en víctimas adultas del terrorismo*

De los cinco estudios de eficacia de la tabla 2, cuatro abordaron específicamente la eficacia del tratamiento psicológico para el TEPT en víctimas adultas del terrorismo al comparar dicho tratamiento con una condición de control de lista de espera o de tratamiento habitual. El primer estudio fue realizado por Duffy *et al.* (2007) con un diseño experimental y una muestra de 59 víctimas directas e indirectas de actos terroristas y otros conflictos civiles en Irlanda del Norte (Reino Unido). Todas las víctimas tenían un diagnóstico de TEPT crónico y fueron asignadas aleatoriamente bien a un grupo de terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma siguiendo el modelo cognitivo de Ehlers y Clark (2000) sobre el TEPT persistente, o bien a un grupo de lista de espera que, al finalizar la evaluación postratamiento, también recibió dicha terapia.

La terapia basada en el modelo de Ehlers y Clark (2000) es fundamentalmente cognitiva puesto que utiliza distintas estrategias cognitivas para suscitar y reevaluar las valoraciones negativas y las actitudes disfuncionales de los pacientes, especialmente estrategias de reestructuración cognitiva basadas en el diseño de experimentos conductuales en los que los pacientes ponen a prueba tanto sus valoraciones negativas sobre el trauma o sus secuelas como sus creencias sobre la utilidad de sus estrategias cognitivas y conductuales disfuncionales (p. ej., la evitación de situaciones o pensamientos). Pero, como es habitual en las terapias cognitivo conductuales para el TEPT, el tratamiento aplicado por Duffy *et al.* (2007) también utilizó de manera intensiva la exposición en imaginación (visualizar el atentado y revivirlo en presente incluyendo pensamientos y sentimientos) e, incluso, cuando se creyó necesario, la exposición en vivo (exposición directa a las situaciones y estímulos reales asociados con el atentado), por lo que podría conceptualizarse mejor como una terapia cognitivo conductual que puramente cognitiva.

Los resultados del estudio de Duffy *et al.* (2007) confirmaron la eficacia de este tipo de terapia cognitivo conductual para las víctimas directas e indirectas de los atentados terroristas, ya que, en el postratamiento, los pacientes del grupo que recibió dicha terapia mejoraron de forma estadísticamente significativa en comparación con los pacientes del grupo de control de lista de espera, mostrando cambios pre-postratamiento de tamaño grande (es decir, con un tamaño del efecto intragrupo  $> 0,80$ ) en prácticamente todas las medidas de sintomatología y disfuncionalidad aplicadas, incluyendo una medida de síntomas de estrés postraumático: la Escala para el Diagnóstico del Estrés Postraumático (PDS; Foa, Cashman, Jaycox y Perry, 1997). Es más, esos cambios se mantuvieron en el grupo de tratamiento en los seguimientos realizados al mes, a los 4 meses y al año (tabla 2). De hecho, teniendo en cuenta los resultados de ambos grupos de pacientes una vez que el grupo de control también había recibido la terapia, y definiendo la mejoría clínicamente significativa como una reducción de al menos un 50% de la sintomatología de estrés postraumático evaluada en el pretratamiento con la PDS, se podría estimar que el 56,1% de los pacientes presentaban una mejoría clínicamente significativa tras la terapia.

En línea con estos resultados, un segundo estudio realizado por Difede, Malta *et al.* (2007), también con diseño experimental, corroboró la eficacia de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma para el caso específico del personal de emergencias y rescate en desastres que trabajó en los atentados del 11-S en el *World Trade Center* y sufrían un TEPT diagnosticable o niveles altos de sintomatología de estrés postraumático (tabla 2). En este estudio, la terapia cognitivo conductual incluía entrenamiento en respiración, reprocesamiento cognitivo, exposición en imaginación y exposición gradual en vivo, con un énfasis en particular en estos dos últimos componentes, mientras que la condición de control consistió en la intervención habitual para este tipo de trabajadores que, en este caso, implicaba proporcionarles información sobre los resultados de la evaluación psicológica pretratamiento, aconsejarles que buscaran tratamiento para el TEPT y remitirles a los profesionales adecuados para obtener dicho tratamiento a través de los recursos de la comunidad, aunque, durante el curso del estudio, ningún paciente buscó tal tratamiento.

Aunque en el postratamiento los pacientes que recibieron terapia cognitivo conductual mostraban niveles más bajos de sintomatología de estrés postraumático que los pacientes del grupo de control, dichas diferencias no fueron estadísticamente significativas cuando se tuvieron en cuenta los datos de todos los pacientes que iniciaron el estudio, tanto los que completaron el tratamiento como los que abandonaron prematuramente el estudio. Sin embargo, cuando solo se consideraron los datos de los pacientes que completaron el tratamiento, los resultados sí indicaban que los pacientes que recibieron la terapia cognitivo conductual mostraban, de una forma estadísticamente significativa, niveles más bajos de síntomas de estrés postraumático que los pacientes del grupo de control en dos medidas estandarizadas de TEPT, siendo las diferencias entre ambos grupos en tales medidas de una magnitud muy por encima del valor considerado convencionalmente como un tamaño del efecto grande ( $TE > 0,80$ ) (tabla 2). Es más, considerando como mejoría clínicamente significativa una reducción de 10 puntos en la Escala de PTSD Administrada por el Clínico (CAPS; Blake *et al.*, 1995), el 71,4% de los pacientes que completaron la terapia cognitivo conductual mejoraron de forma clínicamente significativa frente a tan solo el 28,6% de los pacientes del grupo de control (tabla 2).

Los dos estudios anteriores, como el resto de estudios que se recogen en las tablas 2 y 3 (salvo el que se menciona a continuación), fueron realizados con víctimas de atentados terroristas perpetrados en países desarrollados (Reino Unido, EE.UU. y España), lo cual, tal y como se comentó en un epígrafe anterior, es habitual en la investigación sobre las repercusiones psicopatológicas del terrorismo. Sin embargo, un tercer estudio específico sobre la eficacia de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma ha demostrado que dicha eficacia también es evidente en víctimas de un país no desarrollado y que se encuentra entre los diez países del mundo con más atentados terroristas: Tailandia (NCTC, 2012a; START, 2013, 2014). Utilizando un diseño experimental, Bryant *et al.* (2011) asignaron a 28 víctimas directas de los atentados terroristas ocurridos en el sur de Tailandia entre 2004 y 2009 y que presentaban un diagnóstico primario de TEPT, o bien a un grupo de terapia cognitivo conductual centrada en el trauma o

bien a un grupo de tratamiento habitual (tabla 2). La terapia se desarrolló durante 8 sesiones semanales e incluía psicoeducación, entrenamiento en relajación (mediante técnicas de relajación muscular progresiva y control de la respiración, pero también técnicas de meditación Thai), exposición en imaginación y en vivo, estrategias de reestructuración cognitiva (identificación de pensamientos poco realistas y catastróficos, cuestionamiento socrático, razonamientos probabilístico y pensamiento basado en pruebas), mientras que el tratamiento habitual también se desarrolló durante 8 sesiones semanales y consistía en consejo ofrecido por psiquiatras no entrenados en terapia cognitivo conductual. Tanto en el postratamiento como en un seguimiento realizado a los 3 meses, Bryant *et al.* (2011) encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de terapia cognitivo conductual y el grupo de tratamiento habitual en diferentes medidas de estrés postraumático, depresión y duelo patológico, todas ellas favorables al grupo de terapia cognitivo conductual y con tamaños del efecto que oscilaban, en el caso de la sintomatología de estrés postraumático, entre 0,96 al postratamiento y 0,62 en el seguimiento a los 3 meses (tabla 2). Además, tras definir la mejoría clínicamente significativa por la presencia simultánea de una puntuación menor de 19 en la CAPS y menor de 10 en el Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II), un análisis teniendo en cuenta todos los pacientes que iniciaron la terapia cognitivo conductual o el tratamiento habitual (análisis de intención de tratar) reveló que entre los primeros un 75% habían mejorado clínicamente, mientras que solo un 33% lo habían hecho entre los que recibieron el tratamiento habitual, una diferencia que fue estadísticamente significativa.

Un cuarto estudio, aunque no experimental (sin aleatorización de los pacientes a los grupos), demostró que la eficacia de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma también es evidente cuando la técnica de exposición que incluye se realiza con realidad virtual en lugar de en imaginación o en vivo (Difede, Cukor *et al.*, 2007). En este estudio se comparó, en una muestra de voluntarios y profesionales que trabajaron en el auxilio y rescate de los atentados del 11-S y que tenían un diagnóstico de TEPT, la eficacia de la terapia cognitivo conductual con exposición mediante realidad virtual frente a un grupo de control de lista de espera (tabla 2). Los pacientes que completaron la terapia cognitivo conductual con exposición mediante realidad virtual mostraron, en el postratamiento, niveles significativamente más bajos de sintomatología de estrés postraumático que los pacientes en lista de espera. Es más, considerando como mejoría clínicamente significativa una reducción de 10 puntos en la CAPS, el 90% de los pacientes que completaron la terapia mejoraron de forma clínicamente significativa en el postratamiento y, además, los beneficios terapéuticos se mantuvieron en el seguimiento realizado a los 6 meses con una reducción media de aproximadamente 35 puntos en el CAPS del pretratamiento al seguimiento, reducción que fue estadísticamente significativa (tabla 2).

Aunque las conclusiones que se puedan extraer de este estudio deben tomarse con cautela dada la naturaleza cuasiexperimental de su diseño, el pequeño número de pacientes que finalmente completaron el tratamiento ( $n=10$ ) y la ausencia de información sobre los resultados del conjunto de pacientes que iniciaron la terapia (no solo de los que completaron la misma), sus resultados son

ciertamente prometedores y ofrecen una alternativa terapéutica sobre todo para los pacientes que tienen dificultades para implicarse emocionalmente en la exposición en imaginación y para los cuales, pues, este tipo de exposición podría no ser eficaz. A este respecto, Difede, Cukor *et al.* (2007) señalaban que 5 de los pacientes que habían formado parte del grupo de tratamiento en su estudio, no habían conseguido mejorar previamente con terapia de exposición en imaginación, posiblemente por las dificultades en implicarse emocionalmente en la exposición, dado que habían informado de puntuaciones de cero en la escala de unidades subjetivas de ansiedad (USA) en varias sesiones de exposición en imaginación. En cambio, tras recibir la terapia cognitivo conductual con exposición mediante realidad virtual, 3 de esos pacientes habían mostrado, tras la terapia, una reducción de al menos 25% en su puntuación en el CAPS respecto al pretratamiento, mientras que los 2 restantes pacientes habían mostraron una reducción de más del 50%.

Finalmente, el quinto estudio de eficacia que se recoge en la tabla 2 no examinó específicamente la eficacia de la terapia cognitivo conductual, sino la eficacia de la combinación de esta terapia, en concreto, de la terapia de exposición, con un fármaco antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina, para así evaluar si la adición de ese fármaco mejora la eficacia de la terapia de exposición aplicada en solitario. Para ello, Schneier *et al.* (2012) asignaron 37 víctimas de los atentados del 11-S en Nueva York que tenían un diagnóstico de TEPT y presentaban síntomas moderados y continuados de estrés postraumático (una puntuación en la CAPS  $\geq 45$  durante al menos 3 meses) a un grupo de terapia de exposición prolongada en combinación con paroxetina o a un grupo control que recibió la misma terapia de exposición prolongada, pero en combinación con un placebo farmacéutico. La terapia de exposición prolongada implicaba la exposición guiada a recuerdos y situaciones traumáticas siguiendo los procedimientos de Foa y Rothbaum (1998) y se llevó a cabo durante 10 semanas, a razón de una sesión de terapia semanal de 90 minutos de duración. Al finalizar sus respectivos tratamientos, a todos los pacientes que los completaron se les ofreció continuar 3 meses más con un tratamiento de mantenimiento consistente en seguir con el fármaco que estaban tomando (paroxetina o placebo). En el postratamiento, al analizar solo los datos de los pacientes que completaron el tratamiento, se encontraron diferencias intergrupos significativas que favorecían a la combinación con paroxetina en la CAPS y en una media de calidad de vida, pero no en la Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton (HDRS). Además, según un análisis de intención de tratar, la remisión del TEPT en el postratamiento, definida por la presencia de una puntuación igual o menor de 20 en la CAPS y una puntuación igual a 1 (“ha mejorado muchísimo”) en una escala de impresiones globales clínicas de cambio, fue significativamente mayor en el grupo de tratamiento combinado con paroxetina que en el grupo de tratamiento combinado con placebo (42,1% frente a 16,7%, respectivamente), aunque dicha diferencia desapareció en el seguimiento a los 3 meses, tras finalizar el tratamiento de mantenimiento (38% frente a 31%, respectivamente), y, así mismo, en dicho seguimiento, desaparecieron las diferencias entre grupos en la CAPS y en la medida de calidad de vida.

Combinando los resultados de los cinco estudios mencionados, se puede estimar el grado de eficacia de la terapia cognitivo conductual para el TEPT en víctimas adultas de atentados terroristas en términos del porcentaje de pacientes que en el postratamiento presentan una mejoría clínicamente significativa calculando la media de dichos porcentajes en cada estudio ponderada por el número de pacientes de los mismos. Estos datos se recogen en la tabla 4 y a partir de ellos se puede estimar, con la limitación en mente de que las definiciones de mejoría clínicamente significativa no son las mismas en cada estudio (tabla 2), que tras recibir terapia cognitivo conductual centrada en el trauma o de exposición prolongada, casi el 51% de las víctimas adultas de atentados terroristas que sufren TEPT mejoran.

**Tabla 4**

Eficacia frente a utilidad clínica en el tratamiento psicológico del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en víctimas de terrorismo: mejoría clínicamente significativa (análisis de intención de tratar) y abandono terapéutico en el postratamiento

Estudio	<i>n</i>	% de pacientes con mejoría clínicamente significativa en el TEPT	% de abandonos terapéuticos
Estudios de eficacia			
Duffy <i>et al.</i> (2007) <sup>a</sup>	57	56,1	21
Difede, Malta <i>et al.</i> (2007)	15	33,3	53,3
Bryant <i>et al.</i> (2011)	16	75	0
Schneier <i>et al.</i> (2012) <sup>b</sup>	19	16,7	27,8
Difede, Cukor <i>et al.</i> (2007)	13	69,2	23,1
Subtotal y % medio*	120	50,9	23,5
Estudios de utilidad clínica			
Gillespie <i>et al.</i> (2002)	91	62,6	s.d.
García-Vera y Romero (2004) <sup>c</sup>	9	66,7	22,2
Brewin <i>et al.</i> (2008)	75	61,3	4
Subtotal y % medio*	175	62,2	5,9
Total y % medio*	295	57,6	16,2

Notas: s.d.= sin datos. <sup>a</sup>Se han tenido en cuenta tanto los datos de los pacientes del grupo de tratamiento como los del grupo de control de lista de espera, ya que todos los pacientes de este grupo menos uno iniciaron el tratamiento al finalizar la lista de espera. <sup>b</sup>Sólo se han tenido en cuenta los datos de los pacientes del grupo que recibió terapia de exposición prolongada en combinación con placebo farmacológico. <sup>c</sup>Sólo se han tenido en cuenta los pacientes con un diagnóstico de TEPT. \*Porcentaje medio ponderado por el número de pacientes de cada estudio.

Combinando de forma parecida los resultados de los cinco estudios de eficacia, también se puede estimar la tasa de abandono terapéutico en las víctimas adultas de terrorismo que sufren TEPT y reciben terapia cognitivo conductual centrada en el trauma o de exposición prolongada, de manera que, como se recoge en la tabla 4, se podría estimar que casi el 24% de los pacientes abandonan la terapia cognitivo conductual.

*Utilidad clínica de los tratamientos para el TEPT en víctimas adultas del terrorismo*

En la tabla 3 se presentan las características y resultados principales de los tres estudios sobre el tratamiento del TEPT en víctimas adultas del terrorismo que reúnen muchas de las características de los estudios de utilidad clínica. De hecho, utilizando los criterios y las puntuaciones de representatividad clínica de Stewart y Chambless (2009), se valoraron cada uno de esos estudios en una escala de 0 a 9 y se obtuvieron puntuaciones de 7,5 (Gillespie *et al.*, 2002) y 8 (Brewin *et al.*, 2008; García-Vera y Romero Colino, 2004), todas ellas por encima de la puntuación media teórica de la escala (4,5) e indicando que esos estudios representaban de forma moderada o alta la práctica clínica habitual. Es más, dichas puntuaciones eran notablemente superiores a las obtenidas por los estudios de eficacia revisados en el epígrafe anterior y que oscilaban entre 2 y 5,5 (2 para el estudio de Schneier *et al.*, 2012; 2,5 para el de Difede, Cuckor *et al.*, 2007; 3 para el de Difede, Malta *et al.*, 2007, y 5,5 para los estudios de Duffy *et al.*, 2007, y Bryant *et al.*, 2011).

Los tres estudios de utilidad clínica analizaron los resultados de la administración de terapia cognitivo conductual centrada en el trauma para el TEPT con muestras heterogéneas de víctimas directas e indirectas de atentados terroristas. En uno de ellos se analizó la utilidad clínica de una terapia cognitivo conductual centrada en el trauma específica. En concreto, en el estudio de Gillespie *et al.* (2002) se examinó, con una muestra de víctimas del coche bomba que explotó en Omagh (Irlanda del Norte), la utilidad clínica de la terapia cognitivo conductual desarrollada a partir del modelo cognitivo de Ehlers y Clark (2000) y analizada, en cuanto a su eficacia con víctimas de terrorismo, en el estudio experimental ya citado de Duffy *et al.* (2007). En los otros estudios no se analizaron los resultados de terapias cognitivo conductuales específicas, pero en ambos se aplicaron con la mayoría de los pacientes, si no con todos, programas que incluían los componentes básicos de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma. Así, en el estudio de García-Vera y Romero Colino (2004) con víctimas directas e indirectas de los atentados terroristas del 11-M en Madrid, los pacientes recibieron una terapia que incluía entrenamiento en respiración diafragmática, técnicas de distracción y parada del pensamiento, entrenamiento en autoafirmaciones, reestructuración cognitiva y exposición en imaginación y en vivo a los recuerdos y estímulos asociados a los atentados terroristas del 11-M, mientras que en el estudio de Brewin *et al.* (2008) con víctimas directas de las bombas que explotaron el 7 de julio de 2005 en el sistema de transporte de Londres, el 80% de los pacientes recibieron una terapia cognitivo conductual centrada en el trauma que incluía terapia cognitiva junto a exposición en imaginación y en vivo a los recuerdos y a los estímulos relacionados con las explosiones.

En general, los resultados de los tres estudios fueron positivos (tabla 3), con tasas de mejoría clínicamente significativa para el TEPT según un análisis de intención de tratar del 66,7% (García-Vera y Romero Colino, 2004), 62,6% (Gillespie *et al.*, 2002) y 61,3% (Brewin *et al.*, 2008), tasas que, con las precauciones debidas a la distintas definiciones de mejoría utilizadas, son similares, si no mejores, a las encontradas en los estudios sobre la eficacia de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (tasa media de 62,2% frente a 50,9%;

tabla 4). Igualmente, los resultados terapéuticos en términos de la magnitud de las diferencias pre-postratamiento en las medidas de sintomatología de estrés postraumático fueron, en general, similares a los encontrados en los estudios de eficacia (tabla 2). Curiosamente, sin embargo, las tasas de abandono del tratamiento para los pacientes con TEPT fueron, como media, ligeramente menores en los estudios de utilidad clínica que en los estudios de eficacia (5,9% frente a 23,5%) (tabla 4), aunque en este caso la media de los estudios de utilidad clínica se basaba en tan solo dos estudios con tasas de abandono muy dispares (22,2% y 4%), por lo que la comparación debería tomarse con cautela.

#### *Tratamiento de otros trastornos mentales en víctimas adultas de atentados terroristas*

No se ha podido encontrar ningún estudio publicado hasta la fecha, experimental o cuasiexperimental, que haya puesto a prueba la eficacia o utilidad clínica de tratamientos aplicados específicamente a víctimas adultas directas o indirectas de atentados terroristas que sufran de otros trastornos mentales distintos del TEPT.

Esta es claramente una laguna de la investigación actual sobre el tratamiento de las consecuencias psicopatológicas del terrorismo, puesto que, como se mostraba en un epígrafe anterior, el número de afectados por otros trastornos mentales distintos al TEPT es ciertamente significativo. Es más, es muy frecuente la presencia de comorbilidad entre las víctimas de atentados terroristas, y, en particular, entre las víctimas que buscan o reciben ayuda psicológica. Especialmente, es muy frecuente la presencia simultánea de TEPT y trastorno depresivo mayor, o de TEPT y trastornos de ansiedad o de abuso/dependencia de alcohol o sustancias. Así, por ejemplo, entre las víctimas de terrorismo con TEPT crónico del estudio de Gillespie *et al.* (2002), se encontró que un 54% padecía simultáneamente otro trastorno clínico del eje I, fundamentalmente trastorno depresivo mayor (47,3%), mientras que en el estudio de Duffy *et al.* (2007), un 63,8% de los pacientes con TEPT crónico padecía además trastorno depresivo mayor y en el de Schneier *et al.* (2012) un 65,8% de los pacientes con TEPT sufrían además trastornos del estado de ánimo (tablas 2 y 3).

En el estado actual de la investigación, el tratamiento de elección que se debe administrar a las víctimas de atentados terroristas que presentan otros trastornos psicológicos distintos a TEPT sería la terapia o terapias que gozan de mayor aval empírico para tratar dichos trastornos en otros tipos de poblaciones psicopatológicas. De hecho, esta es la estrategia que se ha seguido en los estudios recogidos en las tablas 2 y 3 para abordar la presencia de otros trastornos en las víctimas (García-Vera y Romero Colino, 2004) o la presencia de trastornos comórbidos en las víctimas con TEPT (Brewin *et al.*, 2008; Duffy *et al.*, 2007; Gillespie *et al.*, 2002). Por ejemplo, Duffy *et al.* (2007) utilizaron técnicas de activación conductual en las primeras sesiones de la terapia cuando los niveles iniciales de depresión interferían con el procesamiento del trauma (en su muestra de víctimas, aproximadamente un 64% presentaba comórbidamente TEPT y trastorno depresivo mayor), mientras que García-Vera y Romero Colino (2004)

aplicaron técnicas de programación gradual de actividades y de planificación de actividades agradables en las víctimas que presentaban síntomas depresivos relevantes (en su muestra de víctimas, un 10% presentaba trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, otro 2,5% trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, otro 2,5% trastorno depresivo mayor y otro 15% duelo). Todas estas técnicas forman parte de las terapias conductuales y cognitivo conductuales cuya eficacia está respaldada por la literatura empírica (NICE, 2007; Pérez y García, 2003) y han sido utilizadas con víctimas de otros traumas que también presentan una alta prevalencia de depresión aislada o comórbida con TEPT (p. ej., en víctimas de violencia de pareja; Santandreu y Ferrer, 2014).

Aunque no es posible un análisis específico del papel de dichas técnicas en la eficacia de las terapias ni en la eficacia diferencial en las víctimas que presentaban otros trastornos u otros trastornos comórbidos al TEPT, de los datos que se recogen en la tablas 2 y 3 se podría concluir que las terapias cognitivo conductuales centradas en el trauma que incluyeron, en algunos casos, esas técnicas antidepresivas tuvieron efectos positivos tanto en las víctimas que presentaban trastornos depresivos (aproximadamente 92% de los pacientes con trastornos del espectro depresivo se recuperaron en García-Vera y Romero Colino, 2004) como en las víctimas que mostraban comorbilidad (en Brewin *et al.*, 2008, el 79% de todas las víctimas mejoraron de forma clínicamente significativa en función de sus puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck [BDI], mientras que en Duffy *et al.*, 2007, se alcanzó una reducción media pre-postratamiento de alrededor de una desviación típica [tamaño del efecto= 1,05] en cuanto a la sintomatología depresiva medida por el BDI).

## Discusión

En este estudio se ha revisado sistemáticamente la investigación publicada hasta la fecha sobre la eficacia y utilidad clínica de las intervenciones para los trastornos mentales que pueden presentar las víctimas adultas de atentados terroristas. Dado que el TEPT es el trastorno mental más frecuente tras un acontecimiento traumático, incluido un atentado terrorista, la mayoría de esa investigación se ha centrado en su abordaje.

Hasta hace apenas 12 años, no había prácticamente ningún estudio empírico publicado sobre el tratamiento específico del TEPT derivado de actos terroristas, por lo que las recomendaciones sobre qué tratamientos se debían aplicar con las víctimas de terrorismo se basaban en la literatura sobre la eficacia y utilidad clínica de los tratamientos para el TEPT en personas que habían experimentado otros tipos de acontecimientos traumáticos, incluyendo veteranos de guerra, víctimas de violencia física o de violación, refugiados o supervivientes de accidentes de tráfico.

Afortunadamente, esta literatura empírica es muy numerosa y ha permitido realizar numerosas revisiones metaanalíticas de estudios experimentales con grupo de control que ofrecen conclusiones sólidas sobre los tratamientos que gozan de mayor aval empírico en cuanto a su eficacia para el TEPT (*Australian Centre for Posttraumatic Mental Health*, 2007, 2013; Bisson y Andrew, 2007; Bisson *et al.*, 2007; Bradley *et al.*, 2005; NICE, 2005) y narrativas (Cloitre, 2009; *Institute of*

*Medicine Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*, 2007). Sobre la base de estas conclusiones, distintas sociedades científicas y paneles de consenso de expertos han elaborado guías de práctica clínica que son bastante coincidentes en sus recomendaciones terapéuticas sobre, por ejemplo, los tratamientos psicológicos para el TEPT (*American Psychiatric Association*, 2004; *Australian Centre for Posttraumatic Mental Health*, 2007, 2013; *Institute of Medicine Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*, 2007; NICE, 2005; NIMH, 2002).

En concreto, según esa literatura empírica y esas guías de tratamiento y de práctica clínica, los tratamientos con mayor aval empírico son actualmente: las terapias de exposición, las terapias cognitivo conductuales centradas en el trauma (y que incluyen técnicas de reestructuración cognitiva junto con técnicas de exposición), el entrenamiento en control de la ansiedad (o entrenamiento en inculcación de estrés) y la EMDR. Es más, la mayoría de esas guías de tratamiento y para la práctica clínica sugieren que, sobre la base de los conocimientos científicos actuales, tales terapias psicológicas deben considerarse los tratamientos de elección para el TEPT, por encima de otras terapias psicológicas con cierta popularidad (p. ej., la intervención psicológica temprana breve [*psychological debriefing*]) o de las terapias psicofarmacológicas (*Australian Centre for Posttraumatic Mental Health*, 2007, 2013; *Institute of Medicine Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*, 2007; NICE, 2005; NIMH, 2002).

Los resultados de esta revisión indican que de esas terapias de elección para el TEPT, tan solo la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma y la terapia de exposición han sido objeto de estudio empírico en cuanto a su eficacia en víctimas adultas de atentados terroristas que presentan TEPT, y de ellas la primera es con diferencia la más analizada (cuatro estudios de eficacia, incluyendo tres experimentales) y, además, con resultados positivos consistentes. Por el contrario, la terapia de exposición tan solo ha sido objeto de un único estudio de eficacia (Schneier *et al.*, 2012) y, además, con resultados inferiores a los encontrados para la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma. Por ejemplo, en el postratamiento, tan solo el 17% de las víctimas con TEPT que habían recibido terapia de exposición con un fármaco placebo mejoraron clínicamente, porcentaje que se elevaba al 42% cuando dicha terapia se combinaba con paroxetina, pero que aun así era inferior a las tasas de mejoría clínica que se encontraron entre los pacientes con TEPT que habían recibido terapia cognitivo conductual centrada en el trauma y que oscilaban entre 33% y 69%, con una media de 57,4%.

En resumen, los resultados de la presente revisión sugieren no solo que la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma es eficaz para el tratamiento de las víctimas de terrorismo que sufren de TEPT, sino que sería la alternativa terapéutica de elección mientras no se publiquen más estudios y con resultados más favorables sobre la eficacia de la terapia de exposición, mientras no existan estudios sobre la eficacia específica en víctimas de terrorismo de las otras terapias psicológicas que sí se han mostrado eficaces para el TEPT derivado de otros acontecimientos traumáticos (entrenamiento en control de la ansiedad y EMDR), y, por supuesto, por encima de otras terapias psicológicas o psicofarmacológicas que no solo nunca han sido puestas a prueba con víctimas de terrorismo, sino que

carecen del adecuado apoyo empírico en cuanto a su eficacia para el TEPT producido por otras situaciones traumáticas.

Además, los resultados de los tres estudios de utilidad clínica revisados en el presente estudio permiten concluir que la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma no solo es eficaz, sino también clínicamente útil en la práctica psicoterapéutica habitual para las víctimas adultas de terrorismo que sufren TEPT y, además, que sus resultados en dicha práctica son similares, si no mejores, a los encontrados en los estudios de eficacia. Estos datos corroborarían la recomendación de utilizar la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma como tratamiento de primera elección para las víctimas del terrorismo con TEPT, máxime cuando no se conoce ningún estudio hasta la fecha sobre la utilidad clínica de otros tipos de tratamientos psicológicos, incluyendo la terapia de exposición y los otros tratamientos que sí han mostrado su eficacia y utilidad clínica con víctimas de otros tipos de acontecimientos traumáticos.

Por otro lado, en su utilización con víctimas adultas del terrorismo que padecen TEPT, la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma presenta tasas de abandono terapéutico en los estudios de eficacia que oscilan aproximadamente entre 0% y 53%, con una media de 22,7%. Aunque la reducción de esas tasas de abandono es un reto que debería abordar la investigación futura, su magnitud media es ligeramente inferior a la que se ha encontrado en víctimas de terrorismo con la terapia de exposición prolongada (27,8%) y es además muy similar a la que se encuentra en los estudios sobre terapia psicológica del TEPT en todo tipo de víctimas, la cual, en el metaanálisis de Bradley *et al.* (2005), se estimaba en un 21,1%, y, en el más reciente de Imel, Laska, Jakupcak y Simpson (2013), en un 18,3%. Estos datos, unidos al hecho de que los estudios de utilidad clínica revisados en el presente trabajo indican que las tasas de abandono de la terapia cognitivo conductual en la práctica clínica habitual con víctimas del terrorismo (entre 4% y 22,2%, con una media de 5,9%) son incluso inferiores a las encontradas en los estudios de eficacia, también apoyarían la conclusión de que dicha terapia es, por ahora, el tratamiento de primera elección en víctimas de terrorismo que sufren TEPT.

No obstante, las conclusiones anteriores deberían tomarse con ciertas cautelas dado el todavía pequeño número de estudios realizados sobre el tratamiento del TEPT en víctimas adultas de atentados terroristas: únicamente ocho. En particular, se deberían tomar con cautela las conclusiones sobre la eficacia de la terapia de exposición, puesto que tan solo se basan en un único estudio que, por otro lado, presenta unos resultados en parte sorprendentes. En concreto, sorprende que la utilización de la terapia de exposición prolongada con un placebo farmacológico tan solo alcanzara una tasa de mejoría clínica del 17%, la cual es muy inferior a las obtenidas con la aplicación en solitario de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (media de 57,4%), máxime cuando uno de los componentes terapéuticos esenciales de este último tipo de terapia es la exposición. Esta discrepancia recuerda a la encontrada en el campo del abandono del tabaco, en el cual las tasas de abstinencia que se obtienen con grupos de control que combinan terapia cognitivo conductual con parches de placebo en los estudios farmacológicos que analizan la eficacia de añadir parches

de nicotina a la terapia cognitivo conductual son notablemente inferiores a las que se consiguen con la aplicación en solitario de la terapia cognitivo conductual en los estudios psicológicos que analizan la eficacia dicha terapia (García-Vera y Sanz, 2006). Esta discrepancia, al igual que aquella, podría explicarse suponiendo que en algunos casos el parche de placebo o el placebo farmacológico no serían inocuos en su relación con la terapia cognitivo conductual, sino que socavarían sus efectos. No obstante, también podría explicarse en términos de una infraestimación de la verdadera eficacia de la terapia cognitivo conductual en los estudios en los que se la utiliza conjuntamente con parches de placebo o con placebos farmacológicos. Estos últimos estudios suelen ser estudios farmacológicos, publicados principalmente en revistas médicas y farmacológicas, y cuyo objetivo principal es evaluar la eficacia de añadir el parche de nicotina o la paroxetina a la terapia cognitivo conductual y, por tanto, es razonable suponer que la terapia cognitivo conductual no siempre se aplique de la forma más correcta, con las técnicas más eficaces y el formato más adecuado, y que la publicación del artículo en una revista médico-farmacológica no dependa de lo bien o mal que se haya aplicado la terapia cognitivo conductual, sino de si el parche de nicotina o la paroxetina aumentan su eficacia (García-Vera y Sanz, 2006). No obstante, argumentos parecidos se podrían plantear en relación con los estudios de eficacia de la terapia cognitivo conductual en solitario y la posible existencia en ellos de una sobrestimación de su eficacia (estudios psicológicos cuyo objetivo principal es comprobar las bondades de la terapia cognitivo conductual y que suelen publicarse en revistas psicológicas, por lo que podría existir un sesgo hacia la publicación de estudios en los que esa terapia mostrara resultados significativos y potentes; García-Vera y Sanz, 2006). Hasta que la investigación empírica futura no aclare cuál o cuáles de estas explicaciones, no mutuamente excluyentes, pueden dar cuenta de esas discrepancias, sería importante realizar nuevos estudios sobre la eficacia de la terapia de exposición en solitario en el tratamiento de las víctimas adultas de atentados terroristas con TEPT, antes de relegarla como opción terapéutica para ese tipo de población. De hecho, sobre la base de la literatura sobre TEPT debido a otras situaciones traumáticas, cabría esperar que la investigación experimental futura confirmará que alguno de los otros tratamientos psicológicos, si no todos, que han demostrado ser eficaces para las víctimas de esas otras situaciones, también lo serán para las víctimas del terrorismo.

Así mismo, la investigación futura debe ocuparse del desarrollo y puesta a prueba de terapias específicas para los otros trastornos mentales que pueden tener las víctimas adultas del terrorismo aislada o comórbidamente con el TEPT (p. ej., depresión, agorafobia, trastorno de angustia), ya que actualmente no hay estudios publicados que hayan examinado específicamente la eficacia o utilidad clínica de ningún tipo de terapia psicológica o farmacológica para dichos trastornos en víctimas de terrorismo. Por consiguiente, las recomendaciones para su abordaje se deben basar en los datos de eficacia y utilidad clínica que muestran diversas terapias psicológicas o farmacológicas en su aplicación con otros tipos de pacientes adultos psicopatológicos que no han sufrido, necesariamente, ni ataques terroristas ni ningún otro tipo de situación traumática. En esta dirección apuntan los datos indirectos de algunos estudios con víctimas de terrorismo que sugieren

que técnicas con aval empírico para la depresión en general como, por ejemplo, las técnicas de activación conductual, de programación gradual de actividades y de planificación de actividades agradables, son eficaces y clínicamente útiles para las víctimas que aislada o comórbidamente presentan un trastorno depresivo mayor (Brewin *et al.*, 2008; Duffy *et al.*, 2007; García-Vera y Romero Colino, 2004).

En cualquier caso, la presencia de otros trastornos mentales en las víctimas de terrorismo, sobre todo si es de forma comórbida, supone un reto desde el punto de vista terapéutico. En las víctimas del terrorismo con TEPT, la comorbilidad suele estar asociada a una duración más larga de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (Duffy *et al.*, 2007; Gillespie *et al.*, 2002), en parte porque los terapeutas deben introducir técnicas adicionales para abordar los otros trastornos presentes.

Aunque al menos un estudio ha demostrado que la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma también es eficaz con víctimas adultas de atentados terroristas perpetrados en países no desarrollados y con una actividad terrorista intensa (Bryant *et al.*, 2011), los resultados de esta revisión corroboran que la mayoría de la investigación sobre el tratamiento de las víctimas adultas del terrorismo se ha limitado prácticamente a los atentados terroristas masivos que se han producido en países desarrollados con baja actividad terrorista, esto es, países de Europa Occidental y Norteamérica. Por tanto, la investigación futura necesita también desarrollar o adaptar terapias psicológicas eficaces y clínicamente útiles para las víctimas de los países que desgraciadamente sufren en mayor medida la lacra del terrorismo (p. ej., Irán, Afganistán, Paquistán o India). Dado que estos países presentan diferencias culturales y socioeconómicas tan grandes respecto a Europa Occidental y Norteamérica, dicho desarrollo o adaptación suponen un reto de primera magnitud para la psicología que requiere niveles elevados de competencias culturales o interculturales (Qureshi Burckhardt y Collazos Sánchez, 2006; *U.S. Department of Health and Human Services*, 2003). Ese reto se ve además acrecentado por las dificultades que entraña la existencia en esos países de un terrorismo continuado y tremendamente letal y dañino.

Finalmente, aunque la presente revisión se ha centrado en las víctimas adultas del terrorismo, cabe señalar que entre los 297 trabajos con todo tipo de víctimas que se localizaron inicialmente, tan solo se encontraron dos estudios empíricos sobre la eficacia o utilidad clínica de cualquier tipo de tratamiento con niños o adolescentes víctimas del terrorismo y que, además, hubiesen utilizado diseños de investigación distintos al diseño de caso único no experimental y, por tanto, con un nivel al menos moderado de calidad respecto a los datos de eficacia o utilidad clínica aportados (CATS Consortium, 2010; Lesmana, Suryani, Jensen y Tiliopoulos, 2009). Ambos trabajos analizaron la eficacia o utilidad clínica de terapias psicológicas, pero, claramente, la investigación de todo tipo de tratamientos con víctimas infantiles y adolescentes del terrorismo es una laguna importante en la literatura científica y aún mayor que en víctimas adultas.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Recuperado el 19 de junio de 2009, desde [http://www.psych.org/psych\\_pract/treatg/pg/PTSD-PG-PartsA-B-C-New.pdf](http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/PTSD-PG-PartsA-B-C-New.pdf)
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2007). *Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Melbourne: ACPMH.
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2013). *Australian guidelines for the treatment of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Melbourne: ACPMH.
- Barrera, T. L., Mott, J. M., Hofstein, R. F. y Teng, E. J. (2013). A meta-analytic review of exposure in group cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 33*, 24-32.
- Bisson, J. y Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, 3*. Art. No.: CD003388.
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. y Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 190*, 97-104.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Charney, D. S. y Keane, T. M. (1995). *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV (CAPS-DX)*. Boston, MA: Boston VA Medical Center, National Center for Posttraumatic Stress Disorder, Behavioral Science Division.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. y Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry, 162*, 214-227.
- Brewin, C. R., Scragg, P., Robertson, M., Thompson, M., d'Ardenne, P., Ehlers, A. y Psychosocial Steering Group, London Bombings Trauma Response Programme (2008). Promoting mental health following the London bombings: a screen and treat approach. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 3-8.
- Bryant, R. A., Ekasawin, S., Chakrabhand, 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.
- Bureau of Counterterrorism (2013). *Country reports on terrorism 2012*. United States Department of State Publication. Recuperado el 21 de julio de 2014, desde <http://www.state.gov/documents/organization/210204.pdf>
- Bureau of Counterterrorism (2014). *Country reports on terrorism 2013*. United States Department of State Publication. Recuperado el 21 de julio de 2014, desde <http://www.state.gov/documents/organization/225886.pdf>
- CATS Consortium (2010). Implementation of CBT for youth affected by the World Trade Center disaster: matching need to treatment intensity and reducing trauma symptoms. *Journal of Traumatic Stress, 23*, 699-707.
- Chongruksa, D., Parinyapol, P., Sawatsri, S. y Pansomboon, C. (2012). Efficacy of eclectic group counseling in addressing stress among Thai police officers in terrorist situations. *Counselling Psychology Quarterly, 25*, 83-96.
- Cloitre, M. (2009). Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: a review and critique. *CNS Spectrums, 14*(Suppl. 1), 32-43.
- Curran, P. S. (1988) Psychiatric aspects of terrorist violence: Northern Ireland 1969-1987. *British Journal of Psychiatry, 153*, 470-475.

- Difede, J., Cukor, J., Jayasinghe, N., Patt, I., Jedel, S., Spielman, L., Giosan, C. y 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., 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. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 861-865.
- DiMaggio, C. y Galea, S. (2006). The behavioral consequences of terrorism: a meta-analysis. *Academic Emergency Medicine*, 13, 559-566.
- DiMaggio, C., Galea, S. y Li, G. (2009). Substance use and misuse in the aftermath of terrorism: A Bayesian meta-analysis. *Addiction*, 104, 894-904.
- 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. *British Medical Journal*, 334, 1147-1150.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 528-555.
- Ehlers, A. y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L. y Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- Foa, E. B. y Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: a cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford.
- Forbes, D., Lockwood, E., Phelps, A., Wade, D., Creamer, M., Bryant, R. A., McFarlane, A., Silove, D., Rees, S., Chapman, C., Slade, T., Mills, K., Teeson, M. y O'Donnell, M. (2014). Trauma at the hands of another: distinguishing PTSD patterns following intimate and nonintimate interpersonal and noninterpersonal trauma in a nationally representative sample. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 147-153.
- Fundación Víctimas del Terrorismo (2014). *Víctimas del terrorismo. Asesinados por ETA, GRAPO y otros grupos y atentados del 11 de marzo*. Recuperado el 21 de julio de 2014, desde <http://www.fundacionvt.org>
- García-Vera, M. P. y Romero Colino, L. (2004). Tratamiento psicológico de los trastornos por estrés derivados de los atentados del 11-M: de la psicología clínica basada en la evidencia a la práctica profesional. *Clínica y Salud*, 15, 355-385.
- García-Vera, M. P. y Sanz, J. (2006). Análisis de la situación de los tratamientos para dejar de fumar basados en terapia cognitivo-conductual y en parches de nicotina. *Psicooncología*, 3, 269-290.
- García-Vera, M. P. y Sanz, J. (2010). Trastornos depresivos y de ansiedad tras atentados terroristas. Una revisión de la literatura empírica. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 10, 129-148.
- García-Vera, M. P. y Sanz, J. (en prensa). Psychopathological consequences of terrorism: the prevalence of post-traumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. En J. A. del Real Alcalá (dir.), *The rights and the vulnerable groups*. Sharjah, UAE: Bentham Science Publishers.
- Gerger, H., Munder, T. y Barth, J. (2014). Specific and nonspecific psychological interventions for PTSD symptoms: a meta-analysis with problem complexity as a moderator. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 601-615.
- Gillespie, K., Duffy, M., Hackmann, A. y Clark, D. M. (2002). Community based cognitive therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder following the Omagh bomb. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 345-357.

- Gómez, M. M. y Crespo, M. (2012). Síntomatología postraumática y asociada en víctimas de distintos tipos de acontecimientos traumáticos. *Acción Psicológica*, 9, 71-86.
- Grimm, A., Hulse, L., Preiss, M. y Schmidt, S. (2012). Post- and peritraumatic stress in disaster survivors: an explorative study about the influence of individual and event characteristics across different types of disasters. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 7382.
- 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.
- Institute of Medicine Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (2007). *Treatment of posttraumatic stress disorder: an assessment of the evidence*. Washington, DC: National Academies Press.
- Kitchiner, N. J., Roberts, N. P., Wilcox, D. y Bisson, J. I. (2012). Systematic review and meta-analyses of psychosocial interventions for veterans of the military. *European Journal of Psychotraumatology*, 3: 19267.
- Kliem, S. y Kröger, C. (2013). Prevention of chronic PTSD with early cognitive behavioral therapy. A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 753-761.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Lambert, J. E. y Alhassoon, O. M. (2015). Trauma-focused therapy for refugees: meta-analytic findings. *Journal of Counseling Psychology*, 62, 28-37.
- Lancaster, S. L., Melka, S. E., Rodriguez, B. F. y Bryant, A. R. (2014). PTSD symptom patterns following traumatic and nontraumatic events. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23, 414-429.
- Lesmana, C. B. J., Suryani, L. K., Jensen, G. D. y Tiliopoulos, N. (2009). A spiritual-hypnosis assisted treatment of children with PTSD after the 2002 Bali terrorist attack. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 52, 23-34.
- Levitt, J. T., Malta, L. S., Martin, A., Davis, L. y Cloitre, M. (2007). The flexible application of a manualized treatment for PTSD symptoms and functional impairment related to the 9/11 World Trade Center attack. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1419-1433.
- 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.
- National Counterterrorism Center (2006). *NCTC Report on incidents of terrorism 2005*. Recuperado el 21 de julio de 2014, desde <http://fas.org/irp/threat/nctc2005.pdf>
- National Counterterrorism Center (2007). *NCTC Report on terrorist incidents - 2006*. Recuperado el 21 de julio de 2014, desde [http://www.fbi.gov/stats-services/publications/terror\\_06.pdf](http://www.fbi.gov/stats-services/publications/terror_06.pdf)
- National Counterterrorism Center (2008). *NCTC 2007 Report on terrorism*. Recuperado el 21 de julio de 2014, desde [http://www.fbi.gov/stats-services/publications/terror\\_07.pdf](http://www.fbi.gov/stats-services/publications/terror_07.pdf)
- National Counterterrorism Center (2009). *NCTC 2008 Report on terrorism*. Recuperado el 21 de julio de 2014, desde [http://www.fbi.gov/stats-services/publications/terror\\_08.pdf](http://www.fbi.gov/stats-services/publications/terror_08.pdf)
- National Counterterrorism Center (2010). *NCTC 2009 Report on terrorism*. Recuperado el 21 de julio de 2014, desde [http://www.riskintel.com/wp-content/uploads/downloads/2011/10/2009\\_report\\_on\\_terrorism.pdf](http://www.riskintel.com/wp-content/uploads/downloads/2011/10/2009_report_on_terrorism.pdf)
- National Counterterrorism Center (2011). *NCTC 2010 Report on terrorism*. Recuperado el 21 de julio de 2014, desde [http://www.dni.gov/files/documents/2010\\_report\\_on\\_terrorism.pdf](http://www.dni.gov/files/documents/2010_report_on_terrorism.pdf)

- National Counterterrorism Center (2012a). *NCTC 2011 Report on terrorism*. Recuperado el 21 de julio de 2014, desde <http://fas.org/irp/threat/nctc2011.pdf>
- National Counterterrorism Center (2012b). Annex of Statistical Information. En Bureau of Counterterrorism, *Country Reports on Terrorism 2011*. United States Department of State Publication. Recuperado el 21 de julio de 2014, desde <http://www.state.gov/documents/organization/195768.pdf>
- National Institute of Mental Health (2002). *Mental health and mass violence: evidence-based early psychological intervention for victims/survivors of mass violence. A workshop to reach consensus on best practices*. NIH Publication No. 02-5138, Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical guideline 26*. Recuperado el 19 de febrero de 2008, desde <http://www.nice.org.uk/CG026NICEguideline>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2007a). *Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical guideline 23 (amended 2003)*. Recuperado el 10 de junio de 2009, desde <http://www.nice.org.uk/CG023NICEguideline>
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 409-418.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E. y Kaniasty, K. Z. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I, an empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry, 65*, 207-239.
- Pérez, M. y García, J. M. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez y I. Amigo Vázquez (dirs.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos* (pp. 161-195). Madrid: Pirámide.
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J. y Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 30*, 635-641.
- Qureshi Burckhardt, A. y Collazos Sánchez, F. (2006). El modelo americano de competencia cultural psicoterapéutica y su aplicabilidad en nuestro medio. *Papeles del Psicólogo, 27*, 50-57.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E. y Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 984-991.
- Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Iruarrizaga, I., Cano-Vindel, A. y Galea, S. (2011). Major depressive disorder following terrorist attacks: a systematic review of prevalence, course and correlates. *BMC Psychiatry, 11*, 96.
- Santandreu, M. y Ferrer, V. A. (2014). Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 22*, 239-256.
- Schneier, F. R., Neria, Y., Pavlicova, M., Hembree, E., Suh, 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. *American Journal of Psychiatry, 169*, 80-88.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: the Consumer Reports Study. *American Psychologist, 50*, 965-974.

- Silver, S. M., Rogers, S., Knipe, J. y Colelli, G. (2005). EMDR therapy following the 9/11 terrorist attacks: a community-based intervention project in New York City. *International Journal of Stress Management*, 12, 29-42.
- Sloan, D. M., Feinstein, B. A., Gallagher, M. W., Beck, J. G. y Keane, T. M. (2013). Efficacy of group treatment for posttraumatic stress disorder symptoms: a meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 176-183.
- START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism) (2013). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2012*. Recuperado el 21 de julio de 2014, desde <http://www.state.gov/documents/organization/210288.pdf>
- START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism) (2014). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2013*. Recuperado el 21 de julio de 2014, desde <http://www.state.gov/documents/organization/225043.pdf>
- Stewart, R. E. y Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: a meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 595-606.
- Taylor, J. E. y Harvey, S. T. (2009). Effects of psychotherapy with people who have been sexually assaulted: a meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 273-285.
- U.S. Department of Health and Human Services (2003). *Developing cultural competence in disaster mental health programs: guiding principles and recommendations*. DHHS Pub. No. SMA 3828. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Vickerman, K. A. y Margolin, G. (2009). Rape treatment outcome research: empirical findings and state of the literature. *Clinical Psychology Review*, 29, 431-448.

RECIBIDO: 23 de noviembre de 2014  
ACEPTADO: 10 de marzo de 2015