

Curso 2011/12  
**HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES/2**  
I.S.B.N.: 978-84-15287-94-0

**TASMANIA DEL PINO SEDEÑO**

**Variables personales y contextuales  
que afectan a la eficacia  
de la reexperimentación emocional**

**Directores**

**WENCESLAO PEÑATE CASTRO  
JUAN MANUEL BETHENCOURT PÉREZ**



**SOPORTES AUDIOVISUALES E INFORMÁTICOS**  
**Serie Tesis Doctorales**

## **Agradecimientos**

Estos tres últimos años han sido para mí los más importantes, intensos y fascinantes de mi trayectoria profesional. En este tiempo, he tenido la suerte de descubrir una profesión que me apasiona, de conocer y trabajar con personas que me han ayudado en la consecución de este objetivo investigador y a las que estoy profundamente agradecida.

Deseo agradecer a las personas que me han acompañado académicamente en este proceso:

Quisiera iniciar mis agradecimientos con mis directores de tesis, el Dr. D Wenceslao Peñate Castro y el Dr. D. Juan Manuel Bethencourt Pérez.

Al Dr. D. Wenceslao Peñate Castro, por su apoyo y confianza en mi trabajo, así como por su capacidad para guiarme tanto en el desarrollo de esta tesis doctoral, como en mis primeros pasos como investigadora. Quisiera agradecerle, especialmente, todo lo que me ha enseñado estos años, porque se ha convertido para mí en un ejemplo de trabajo serio, honesto y riguroso.

Al Dr. D Juan Manuel Bethencourt Pérez, por su orientación y guía en las primeras etapas del doctorado, así como por su disponibilidad para asesorarme y aconsejarme en todo momento.

Al Dr. D. Gualberto Buela Casal, por permitir que parte de esta tesis se desarrollara en una estancia predoctoral dentro de su grupo de investigación de la Universidad de Granada. Debo agradecer también su amabilidad y disponibilidad durante mi estancia en su grupo, durante la cual tuve todo el soporte profesional para alcanzar los objetivos perseguidos.

A mis compañeros Jacobo Chico Reyes, por ayudarme en el muestreo, y Anusha Jaisingh Bathija, por colaborar en la tabulación de los datos de la presente tesis.

A Juan Manuel Antúnez Vílchez, por estar a mi lado en todo momento para resolver mis graves conflictos con el formato.

A Carolina Díaz Piedra y Ottavia Guglielmi, por revisar con enorme paciencia cada una de mis referencias.

A Alfonso Reina González y Arantxa del Pino Sedeño, porque gracias a sus múltiples revisiones han hecho de esta tesis algo más comprensible.

Mi gratitud a todas las personas que accedieron a colaborar en este estudio y cumplimentar las sesiones de escritura.

Más allá de mi reconocimiento y gratitud a aquellas personas que han influido directamente en esta tesis, quisiera hacer mención a aquellos que con su forma de actuar se han convertido en mi sustento y apoyo.

A mis hermanos, Arantxa del Pino Sedeño y Ángel del Pino Sedeño por ser parte de lo que más quiero, por demostrarme que se puede y apoyarme cuando flaqueaba, por hacerme reír hasta en los peores momentos y por estar en mi vida.

A Juan Pedro García Gutiérrez, porque con nuestro empeño nos hemos convertido en familia y como tal, sé que está siempre ahí, simplemente, para todo.

A Alfonso Reina González, por la confianza, el respeto, la lealtad, la capacidad de diálogo, la comprensión y la paciencia que me demuestra cada día. Porque cuando está a mi lado, soy más feliz.

A mi padre y a mi madre, por ser un ejemplo de trabajo duro, superación y autonomía. Porque cada día me hacen sentir que pase lo que pase, van a estar ahí. Sois mi rincón favorito del mundo. Os quiero.

Mi más profundo agradecimiento a todos.

*“Piensa, cree, sueña y atrevete”*

**Walter Elias Disney**

*A mi padre y a mi madre.*

## Índice

Resumen .....	6
Introducción.....	8
1.1. Antecedentes.....	8
1.1.1. La importancia psicológica de la expresión de las emociones como modo de homeostasis psicológica aristotélica .....	8
1.1.2. La catarsis como antecedente de la Reexperimentación Emocional.....	10
1.1.3. El declive de la catarsis como estrategia terapéutica .....	11
1.1.4. La recuperación de la catarsis dentro del paradigma de la Reexperimentación Emocional .....	13
1.2. La vivencia de experiencias traumáticas .....	14
1.3. El paradigma tradicional de la reexperimentación emocional .....	17
1.4. Estudios con población sana.....	20
1.4.1. Efecto de la RE sobre el funcionamiento fisiológico, inmune y biológico..	20
1.4.2. Efecto de la RE sobre el bienestar psicológico .....	24
1.4.3. Efecto de la RE sobre el rendimiento y el ajuste en grupos poblacionales universitarios.....	28
1.4.4. Variaciones del paradigma tradicional de RE.....	31
1.4.4.1. El efecto de la narración de traumas imaginarios .....	31

1.4.4.2.	El efecto añadido de las estrategias de afrontamiento, el optimismo, el apoyo social y la asimilación cognitiva.....	33
1.4.4.3.	El efecto de la narración de emociones.....	37
1.4.4.4.	El efecto de la narración de temas positivos.....	39
1.4.4.5.	El efecto añadido de la religión .....	41
1.4.5.	Variables que modulan la eficacia de la RE.....	42
1.4.5.1.	El papel modulador de las expectativas .....	43
1.4.5.2.	El papel modulador de la alexitimia, la escisión patológica y el afrontamiento represivo.....	44
1.4.5.3.	El papel modulador del pensamiento obsesivo frente al pensamiento reflexivo .....	47
1.4.5.4.	El efecto modulador de las conductas evitativas .....	48
1.4.6.	El efecto de variables contextuales .....	49
1.4.6.1.	El efecto del formato de la RE.....	49
1.4.6.2.	El efecto de sesiones cortas de RE.....	51
1.4.6.3.	El efecto del tiempo entre sesiones de RE .....	51
1.4.6.4.	El efecto de la situación experimental de la RE .....	52
1.4.6.5.	El efecto de las instrucciones de RE.....	53
1.5.	Estudios con población clínica .....	58
1.5.1.	El efecto de la RE sobre procesos de duelo .....	58



1.5.2.	El efecto de la RE sobre personas con historia de abusos sexuales .....	60
1.5.3.	El efecto de la RE sobre personas que han vivido un atentado.....	62
1.5.4.	El efecto de la RE sobre personas que padecen insomnio .....	63
1.5.5.	El efecto de la RE sobre personas que padecen cáncer.....	64
1.5.6.	El efecto de la RE sobre personas con asma, fibromialgia y psoriasis .....	67
1.5.7.	El efecto de la RE sobre personas que padecen procesos dolorosos.....	68
1.5.8.	El efecto de la RE sobre deportistas de élites lesionados.....	70
1.5.9.	El efecto de la RE sobre mujeres con tratamientos para la infertilidad .....	71
1.5.10.	El efecto de la RE sobre personas que presentan el virus de la inmunodeficiencia humana .....	71
1.5.11.	El efecto de la RE sobre personas con trastornos relacionados con sustancias .....	73
1.6.	Teorías explicativas .....	78
1.6.1.	Teoría de la inhibición.....	79
1.6.2.	Teoría de la adaptación cognitiva.....	80
1.6.3.	Teoría de la autorregulación.....	82
1.6.4.	Teoría de la exposición y del procesamiento emocional.....	83
1.6.5.	Teoría de la integración social .....	84
1.6.6.	Teoría de los marcos relacionales y la terapia de aceptación y compromiso... ..	85

1.7.	VARIABLES PERSONALES Y CONTEXTUALES EN LA EFICACIA DE LA RE .....	89
1.7.1.	VARIABLES DEL PARTICIPANTE.....	89
1.7.1.1.	Alexitimia .....	89
1.7.1.2.	Optimismo .....	91
1.7.1.3.	Estrés postraumático .....	92
1.7.2.	VARIABLES CONTEXTUALES.....	93
1.7.2.1.	Tiempo de las sesiones .....	93
1.7.2.2.	Instrucciones de RE .....	94
1.8.	Planteamiento del problema .....	95
1.9.	Objetivos e hipótesis.....	97
	Método.....	101
2.1.	Participantes .....	101
2.2.	Materiales e instrumentos.....	104
2.3.	Diseño.....	109
2.4.	Procedimiento.....	112
	Resultados.....	120
3.1.	Análisis del efecto de las sesiones sobre los grupos de RE.....	125
3.2.	Efecto de la RE sobre los niveles de pensamientos intrusivos, respuestas de evitación, ansiedad, depresión y salud.....	147

3.3. Análisis correlacionales entre las covariables alexitimia, optimismo y estrés postraumático y la variables dependiente: número de traumas, de acuerdo con las puntuaciones obtenidas en el seguimiento.....	163
3.4. Análisis multivariante de la varianza de las medidas post de pensamientos intrusivos, conductas de evitación, ansiedad, depresión y salud autoinformada, tomando a las variables moduladoras alexitimia, optimismo y estrés postraumático como covariables .....	172
3.5. Análisis del efecto de los grupos de RE de traumas reales .....	179
3.6. Efecto de la RE sobre los niveles de pensamientos intrusivos, respuestas de evitación, ansiedad, depresión y salud en los grupos de RE de traumas reales.....	203
3.7. Covariables alexitimia, optimismo y estrés postraumático y las variables dependientes: número de traumas y tiempo de la sesión, de acuerdo con las puntuaciones obtenidas en el seguimiento.....	216
3.8. Análisis multivariante de la varianza de las medidas post de pensamientos intrusivos, conductas de evitación, ansiedad, depresión y salud autoinformada, tomando a las variables moduladoras alexitimia, optimismo y estrés postraumático como covariables .....	225
Discusión .....	229
Conclusiones.....	237
Referencias .....	243
Anexos.....	260

## Resumen

La vivencia de situaciones estresantes, molestas o traumáticas es relativamente frecuente en la vida de los seres humanos. La expresión de las emociones, especialmente las relacionadas con este tipo de situaciones, se considera normal y saludable. De esta idea, surge el paradigma de reexperimentación emocional (RE) a principio de los años ochenta del siglo pasado. El paradigma tradicional de RE implica que los participantes escriban sobre sus experiencias más altamente molestas, estresantes o traumáticas acompañadas de las emociones y pensamientos más profundos. Las sesiones se realizan individualmente, por escrito, durante tres o cuatro días consecutivos y con una duración por sesión en torno a 20 minutos. Desde sus inicios, el paradigma de RE se asoció a la obtención de beneficios físicos y psicológicos, en aquellas personas que habían sufrido un evento traumático. Sin embargo, su aplicación, tanto en poblaciones sanas como clínicas, ha dado como resultado datos, en algunos casos, poco concluyentes. Algunos elementos que han podido influir en la heterogeneidad de los datos sobre la eficacia de la RE son, entre otros, las instrucciones utilizadas, el tiempo de las sesiones, el tipo de trauma narrado, así como variables personales.

Como propósito de la presente investigación se plantea conocer cómo la narración de un mismo o distintos traumas a lo largo de las sesiones, en sesiones de 15 ó 30 minutos influye sobre el bienestar psicológico y físico de los participantes. Asimismo, se trata de conocer cómo influyen variables personales como la alexitimia, el optimismo y el estrés postraumático, así como el tipo de trauma, real o imaginario, interviene en el bienestar a partir de un estudio experimental.

El desarrollo de los contenidos teóricos se ordena de la siguiente manera: en primer lugar una breve exploración de los antecedentes de la RE a lo largo de la historia. Posteriormente, se expone una revisión de los estudios en población sana y, posteriormente, en población clínica. Tras esto, se comentan las teorías más influyentes dentro del campo de la RE y, finalmente, los potenciales moduladores de la eficacia de la RE.

Los principales resultados mostraron como el procedimiento de RE se asoció a mejoras en los niveles de salud física y bienestar psicológico, medido a través de los niveles de ansiedad y depresión. Se observó que las mejoras se asociaron especialmente, a los procedimientos largos (30 minutos de narración) y solo en el caso de los niveles de ansiedad fue necesaria la narración del mismo trauma a lo largo de las sesiones. El grupo de trauma imaginación no mostró los beneficios a largo plazo esperados. Y, finalmente, en relación al papel mediacional de las variables personales, se observó, por un lado, como las personas alexitímicas se beneficiaron de los procedimientos largos de reexperimentación y, por otro, que los procedimientos de narración del mismo trauma a lo largo de sesiones largas, permiten a los participantes pesimistas obtener resultados similares a los optimistas.

A pesar de que el procedimiento ha demostrado cierta eficacia, su uso debe limitarse a servir como un complemento a tratamientos apoyados empíricamente o formar parte de paquetes de intervención eficaces.

Variables personales y contextuales que afectan a la eficacia de la reexperimentación emocional.

## **Introducción**

### **1.1. Antecedentes**

#### **1.1.1. La importancia psicológica de la expresión de las emociones como modo de homeostasis psicológica aristotélica**

El estudio de las emociones ha sido un tema recurrente tratado desde la Grecia antigua hasta la actualidad. En la historia del estudio de las emociones han existido múltiples intentos de explicar las emociones desde distintas perspectivas, donde se les daba diferentes funciones y grados de importancia.

Aristóteles, inicialmente, veía las emociones como afecciones del alma determinadas por el placer y el dolor, planteamiento que, posteriormente con el paso de los años, fue heredado por la psicología actual. No obstante, a pesar de este postulado, afirmaba que no existía emoción alguna exclusiva del alma, pues todas las emociones eran el producto de la conjunción con el cuerpo. Éste sufre con cada una de las emociones. Las emociones no resultan algo únicamente anímico, exclusivo del alma, sino también somático, corporal. Así, si una persona siente miedo en su alma, inevitablemente, su cuerpo tendrá reacciones tales como temblor, aceleración del ritmo cardíaco, aumento de la frecuencia respiratoria, etc.

Según Aristóteles, la presencia por exceso o por defecto de las emociones producía efectos negativos en el ser. Ahora bien, la presencia de una emoción en el momento adecuado, frente al estímulo apropiado y de la forma correcta, posicionaba al

ser humano en un estado intermedio, de homeostasis. Este equilibrio homeostático era considerado, desde el punto de vista práctico, una habituación o entrenamiento; desde el punto de vista de su entidad y definición, una disposición; y desde el punto de vista moral, la perfección. Ahora bien, lo intermedio para el ser humano no era considerado aritmético, puro o universal y, por tanto, existían diferencias interpersonales. El ser humano tiende a rehuir el exceso y el defecto, al tiempo que busca, prefiere y elige, lo intermedio. Ese intermedio se genera respecto a cada una de las emociones. En conclusión, para Aristóteles, la homeostasis no se definía por sí misma, sino por la relación con las emociones, las cuales se daban en el alma, en conjunción con el cuerpo, y sin elección previa.

Posteriormente, muchos autores han argumentado que a través de la expresión de las emociones, sentimientos, deseos y opiniones, desde el reconocimiento de la responsabilidad sobre la situación y las consecuencias de la expresión emocional, se potencian las relaciones interpersonales satisfactorias, la sensación de seguridad, la conciencia del contexto y la capacidad para influir en los otros. Sin embargo, la ausencia de expresión o la expresión inapropiada de las emociones puede generar efectos negativos en el bienestar psicológico y en las relaciones interpersonales (Alberti, y Emmons, 1978).

Por tanto, parece que solo a través de la expresión adecuada y consciente de las emociones, se puede obtener el equilibrio como ser en sí mismo y como ser social. Así, a través de la literatura, parece que el ser humano desde sus orígenes, ha expresado sus emociones, sentimientos y pensamientos como una forma de adaptarse a su medio y que la expresión de emociones, sobre todo las traumáticas, tiene efectos positivos, ya que se trata de una práctica común y generalizada a lo largo de la historia y las culturas, que se

mantiene con el paso del tiempo. Una de las formas de expresión más ampliamente utilizadas por el ser humano ha sido la catarsis.

### **1.1.2. La catarsis como antecedente de la Reexperimentación Emocional**

Al considerar los diversos lechos semánticos del término *Khatarsis*, a lo largo de la religión y el pensamiento griego, desde los orígenes hasta la obra de Aristóteles, se distinguen tres líneas principales: la fisiológica, la religiosa y la psíquica (Cooper y Gudeman, 1928).

En el sentido fisiológico, el término catarsis pertenece propiamente al lenguaje técnico de la medicina y corresponde al término español purgamiento o purgación, que es el sentido de catarsis que recoge la edición actual del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (RAE, 2011) en su quinta acepción: “Expulsión espontánea o provocada de sustancias nocivas al organismo”. En la medicina actual, persisten algunas de estas prácticas que resultan eficaces, véase el ejemplo de las vacunas y la inmunización.

En el sentido religioso, catarsis corresponde al término español expiación o “purificación, liberación o transformación interior suscitados por una experiencia vital profunda” (RAE, 2011). Esta acepción pasa a través de la extensión a lo no material, al sentido religioso de liberación de ciertas impurezas y culpas a través de la ejecución de ceremonias o sacrificios prescritos por la ley o la costumbre religiosa.

Por último, catarsis posee un sentido psíquico, relativo al alma y proveniente de los antiguos griegos, que abarcaba una significación mayor de la que se le dio después desde la psicología, especialmente desde el psicoanálisis. En este sentido más



tradicional, la catarsis presenta un significado análogo a la acepción médica o fisiológica: así como se purgan los humores dañinos del cuerpo para evitar o curar enfermedades, también se purgan las pasiones del alma para curarla de sus dolencias.

La primera descripción de la utilización de la catarsis en el tratamiento psicológico comenzó en 1880 con Breuer y Freud, en el bien conocido proceso de curación de la paciente Anna O. Breuer y Freud usaban esta técnica para la explosión y liberación emocional, al contactar con los sentimientos reprimidos de los pacientes por medio de un agente sustitutivo y menos doloroso. En un principio, Breuer utilizó la hipnosis como medio de liberación, Freud siguió sus pasos hasta que consideró que este estado no era necesario. De esta manera comenzó a utilizar la técnica de asociación libre con sus pacientes. Con esta asociación se pretendía evocar todos los recuerdos traumáticos y generar la *abreacción*. La *abreacción* consistía en la descarga de emociones y afectos ligados a experiencias dolorosas o traumáticas, usualmente reprimidas, que eran para Freud y Breuer el elemento clave del método catártico (Freud, 2002).

### **1.1.3. El declive de la catarsis como estrategia terapéutica**

La importancia en el pasado del psicoanálisis y de ésta técnica hizo que fuese ampliamente utilizada y observada desde el campo científico. Así, tanto la terapia psicoanalítica como la catarsis, uno de sus recursos más frecuentes, se convirtieron en objeto de interés y críticas.

Precisamente, con el trabajo de Eysenck en 1952 se inició una sucesión de críticas a esta escuela. En éste, se analizaron 24 casos de pacientes denominados

neuróticos, que habían recibido psicoterapia de corte dinámico y se llegó a la conclusión de que la psicoterapia que se estaba practicando en ese momento no era en absoluto efectiva. Si se comparaba el grado en el que los síntomas psicopatológicos remitían como fruto de la terapia, con la remisión espontánea de esos mismos síntomas en pacientes que no se habían sometido a ningún tipo de psicoterapia, no se encontraban diferencias significativas. Eysenck (1952) afirmó entonces, que la psicoterapia no era más que un fraude y presentaba una falta de rigor experimental.

Para Eysenck (1952) su amplio uso pese a su carente validez, se justificaba a través de la creencia supersticiosa de efectividad, que se generaba tras la remisión azarosa que se daba en los pacientes neuróticos y que coincidía con el tratamiento psicoanalítico.

Tras esto, varios autores realizaron múltiples críticas al psicoanálisis entre las que se encontraban la falta de control experimental, la frecuente confusión entre inferencias y observación, la abundante presencia de hipótesis incontrastables, la hiperreestructuración de la teoría que la convertía en irrefutable y la escasez de confirmación empírica (Fonagy, 2003; Kandel, 1999; Levenson, 1974; Rachman, 1975).

Como se ha comentado anteriormente, la importancia en el pasado del psicoanálisis y de la técnica catártica, hizo que fuese ampliamente observada desde el campo científico, demostrando que era terapéuticamente ineficaz. Esa fue una de las razones por las que la catarsis cayó en desuso.

#### **1.1.4. La recuperación de la catarsis dentro del paradigma de la Reexperimentación Emocional**

En los años ochenta, James Pennebaker retoma la idea del efecto beneficioso de la liberación de emociones y pensamientos inhibidos. Es entonces cuando presenta un nuevo paradigma de investigación, basado en la narración de pensamientos y sentimientos asociados a vivencias altamente traumáticas. Este nuevo paradigma se caracteriza por una aplicación más rigurosa, elaborada y precisa, tratando de recuperar el carácter beneficioso de la expresión de las emociones. Para Pennebaker esta recuperación no solo va ligada al bienestar psicológico, sino que amplía sus beneficios a la mejora de la salud física de las personas que han experimentado situaciones dañinas.

Con este nuevo paradigma se retoma la importancia de reexperimentar los traumas pasados, definidos como vivencias altamente traumáticas, estresantes o molestas, frecuentes en la vida del ser humano como se verá a continuación.

## **1.2. La vivencia de experiencias traumáticas**

La vivencia de traumas o situaciones altamente estresantes es relativamente frecuente. Experiencias como accidentes, catástrofes, abusos y violencia están presentes en la vida de muchas personas. Más de la mitad de las personas están expuestas a vivir un desastre en el que temerán por su vida (64%), o en el que tendrán una pérdida de sus posesiones (57%) (Briere y Elliott, 2000). Aproximadamente el 32% de las mujeres y el 14% de los hombres informan de historia de abusos sexuales en la infancia, y el 22% y 20% de los hombres y mujeres, respectivamente, presentan una historia de abusos físicos en la infancia (Briere y Elliott, 2003).

Cuando una persona experimenta un evento importante en la vida, la tendencia a revelar la información sobre el suceso ha sido considerado normal (Jourard, 1971) y saludable. Cuando un evento negativo ocurre, la mayor parte de los seres humanos tienden a compartir los detalles de su experiencia con otros en cuestión de días e, incluso, horas después del hecho (Rimé 1995).

Se cree que la divulgación de este tipo de eventos puede producir efectos positivos sobre la salud y el bienestar, ya que permite a las personas liberar su mente de pensamientos no deseados, ayuda a dar sentido a los acontecimientos perturbadores, enseña a regular mejor sus emociones, habitúa a las emociones negativas y mejora sus conexiones con su mundo social.

A pesar de que la divulgación es un proceso natural, su uso dentro de la psicología entró en declive tras la caída del psicoanálisis como corriente psicológica principal. En 1986, Pennebaker y Beall retomaron la utilización de la expresión emocional dentro de un diseño experimental para conocer sus consecuencias.

Pennebaker y Beall, en su trabajo original en 1986, pretendían conocer si la escritura de eventos traumáticos podía reducir los efectos de la inhibición a corto y largo plazo, ya que consideraban que, aunque las personas trataban de entender los grandes eventos de su vida y que la manera más natural de lograrlo era hablar con los demás, muchos episodios vitales no podían ser discutidos con facilidad (véase el ejemplo de las víctimas del maltrato físico o sexual).

Además, se consideraba que inhibir las emociones relacionadas con un trauma se asociaba a procesos de enfermedad (Pennebaker y Hoover, 1986). Con esta finalidad, asignaron aleatoriamente a 46 estudiantes universitarios (34 mujeres y 12 hombres) a la condición de escribir sobre una experiencia traumática propia desde el punto de vista de los pensamientos ( $n = 12$ ), en el que se solicitó a los participantes que narraran tan solo los pensamientos asociados a la vivencia más altamente traumática vivida; a la condición de narrar una experiencia traumática desde el punto de vista de las emociones ( $n = 11$ ), en el que se solicitó a los participantes que narraran tan solo las emociones asociadas a la vivencia más altamente traumática vivida; o a la condición de escribir sobre una experiencia traumática desde ambas perspectivas ( $n = 11$ ), en el que se solicitó a los participantes que narraran las emociones y los pensamientos asociados a la vivencia más altamente traumática vivida. Un cuarto grupo narraba situaciones triviales ( $n = 12$ ). Todos los grupos completaban cuatro sesiones de 15 minutos. Antes y después de cada ensayo de escritura se tomaban medidas de frecuencia cardíaca, estados de ánimo y síntomas físicos.

En los resultados se mostró cómo la escritura de experiencias traumáticas se asociaba a un aumento a corto plazo de la excitación fisiológica y a una mejora a largo plazo de los efectos de salud autoinformada, especialmente en aquellos participantes

que escribieron tanto sobre los pensamientos como de las emociones asociadas al trauma.

A partir de este momento, el estudio de Pennebaker y Beall (1986) se convirtió en ejemplo de un nuevo paradigma de investigación, dedicado al estudio de los efectos de la divulgación de las emociones de experiencias estresantes, molestas o traumáticas y que se conoce como *emotional disclosure*, apertura emocional o RE, entre otros términos.

### 1.3. El paradigma tradicional de la reexperimentación emocional

El paradigma tradicional de la RE surge del trabajo de Pennebaker y Beall (1986) e implica que los participantes escriban sobre experiencias altamente molestas, estresantes o traumáticas acompañadas de las emociones y pensamientos más profundos. Las sesiones se realizan individualmente, por escrito, durante tres o cuatro días consecutivos y con una duración por sesión alrededor de 20 minutos. Usualmente, los participantes de la condición experimental se comparan con un grupo de participantes asignados a la condición control, a los que se les solicita que escriban sobre aspectos triviales.

Para controlar el efecto de la RE en el ámbito de la investigación, la mayor parte de los estudios utilizan más de una medida de resultado de salud psicológica (por ejemplo, depresión, ansiedad, estrés), funcionamiento fisiológico (frecuencia cardíaca, parámetros inmunológicos, funcionamiento del hígado), estado de salud (número de visitas médicas, medidas de autoinforme de síntomas físicos, conductas de enfermedad) y funcionamiento general (resultados escolares, resultados laborales, relaciones interpersonales). Por otro lado, otros estudios emplean el análisis de contenido, a través de un programa informático de análisis lingüístico y recuento de palabras (Linguistic Inquiry and Word Count, LIWC, Francis y Pennebaker, 1993; Pennebaker y Francis, 1996).

Entre las medidas más ampliamente utilizadas dentro del campo de investigación de la RE se encuentran las escalas: *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS, Watson, Clark y Tellegen, 1988) para medir afectividad positiva y negativa, *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI, Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970, 1982) para evaluar ansiedad, *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) para medir los niveles de

ansiedad y depresión (Zigmond y Snaith, 1983), *Beck Depression Inventory* (BDI, Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) y *Beck Depression Inventory II* (BDI-II, Beck, Steer y Brown, 1996) para la evaluación de los síntomas de depresión, *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R, Derogatis, 1994) para la detección y medida de síntomas psicopatológicos, *Impact of Event Scale* para evaluar los pensamientos intrusivos y las respuestas de evitación (IES, Horowitz, Wilner y Alvarez, 1979) y *Pennebaker Inventory of Limbic Languidness* para la evaluación de estado de salud (PILL, Pennebaker, 1982).

Aunque gran parte de la investigación se ha ceñido al paradigma tradicional, otra parte ha aplicado múltiples variaciones al procedimiento original de RE de Pennebaker y Beall (1986), entre las que se encuentran las siguientes modificaciones:

- El grado de privacidad (sesiones individuales, sesiones con un terapeuta o sesiones en grupo).
- El lugar de las sesiones (en laboratorio o en casa).
- El tipo de evento narrado (el evento más altamente traumático, eventos traumáticos específicos, eventos positivos).
- El tiempo de las sesiones.
- El número de sesiones.
- El formato de administración de las instrucciones (escritas, orales o por ordenador).
- La presencia o ausencia de ejemplos.



- La instrucción de cambiar o no de tema entre sesiones, entre otras variaciones.

A continuación, se van a mostrar una serie de estudios en relación con la aplicación del la RE en distintos tipos de poblaciones y en los que se ha tenido en cuenta diferentes intereses investigadores. En primer término, se muestra una revisión de los estudios realizados con población sana en los que se aplica el procedimiento de RE en su versión tradicional o con algunas variaciones previamente indicadas.

#### **1.4. Estudios con población sana**

Del citado paradigma original de Pennebaker y Beall (1986), surgieron diversos estudios que pretendían conocer los efectos de la RE sobre la salud y el bienestar psicológico de personas sanas, a través de la aplicación del paradigma tradicional o de variaciones del mismo.

##### **1.4.1. Efecto de la RE sobre el funcionamiento fisiológico, inmune y biológico**

Una parte de la investigación se centró en replicar los cambios en la activación fisiológica asociados al procedimiento de RE (Pennebaker y Beall, 1986), que daban soporte a la teoría de la inhibición<sup>1</sup>. Así, Pennebaker, Hughes y O'Heeron en 1987 se interesaron en la evaluación de los parámetros psicofisiológicos y psicológicos de las experiencias de la confesión de vivencias traumáticas. En este caso, la RE se llevó a cabo de forma hablada, mediante una sesión de seis minutos. Con esta metodología se llevaron a cabo dos estudios. En el primero, estudiaron la conductancia de la piel, la presión sistólica y diastólica, y la frecuencia cardíaca de 24 estudiantes universitarios (18 mujeres y seis hombres). Los resultados mostraron una reducción de los niveles de conductancia de la piel, cuando los participantes hablaban de situaciones estresantes y personales, frente aquellos que hablaban de situaciones triviales; un aumento de la presión y la frecuencia cardíaca durante la sesión de RE y una disminución de la presión diastólica tras la sesión, con puntuaciones por debajo de la línea base.

En el segundo estudio, con 48 participantes universitarios (24 hombres y 24 mujeres), observaron las diferencias entre los participantes que presentaban una mayor

---

<sup>1</sup> Tanto ésta como otras teorías serán presentadas más ampliamente en apartados posteriores.

tendencia a compartir con los demás la información personal y traumática frente a aquellos que no presentaban esa tendencia, medida a través del criterio de expertos. En los resultados se podía observar cómo aquellos participantes que eran considerados grandes divulgadores (personas con alta tendencia a compartir su información personal y traumática), disminuían la conductancia de su piel en la narración de eventos traumáticos frente a las situaciones triviales; mientras que en los bajos divulgadores se encontraba el efecto contrario, es decir, aumentaban la conductancia de su piel en la narración de eventos traumáticos frente a la narración de situaciones triviales. Este efecto se veía incrementado cuando el participante se encontraba en una situación en la que su narración podía ser escuchada por cualquier persona, frente a situaciones en las que la escucha solo la realizaba un “confesor”.

Otros grupos de investigación siguieron esta línea, pretendían replicar los hallazgos relacionados con la activación fisiológica pero, además, se centraron en aportar datos objetivos sobre las mejoras de salud, a través de medidas del funcionamiento inmune y biológico.

En esta línea, Pennebaker, Kiecolt-Glaser y Glaser (1988) pusieron a prueba los efectos de la escritura de experiencias traumáticas sobre la función inmune y otras medidas de estrés. Para ello, reclutaron a 50 estudiantes universitarios (36 mujeres y 14 hombres). Les tomaron medidas de presión arterial, tasa cardíaca, conductancia de la piel y respuesta inmune (medida a través de la blastogénesis de linfocitos T<sup>2</sup>), antes y después de las cuatro sesiones de escritura de dos minutos, y seis semanas después de la finalización del ensayo. Tras el procedimiento de RE se observó un efecto positivo

---

<sup>2</sup> Los linfocitos T son responsables de la coordinación de la respuesta inmune celular y cooperan en el desarrollo de todas las formas de respuesta inmune.

sobre la función inmune, los niveles de respuestas autonómicas, las visitas a centros de salud y el distrés subjetivo.

Tras un tiempo, Francis y Pennebaker, en un estudio realizado en 1992, aplicaron cuatro sesiones de 20 minutos de RE con una periodicidad de una sesión por semana en 41 empleados de distintas universidades. Observaron en ellos una disminución en la concentración de dos enzimas en el grupo de RE, la aspartato aminotransferasa y la alanino aminotransferasa. Ambas enzimas se relacionan con el daño en células hepáticas y, con miopatías, miositis e infartos de miocardio en el caso de la aminotransferasa. El grupo control, sin embargo, aumentó los niveles de concentración de ambas enzimas. El grupo de RE se benefició también de una disminución de la tasa de absentismo laboral en un 28,6%, mientras que el grupo control aumentó el absentismo laboral en un 48,5%. En este estudio se observaron beneficios tanto en el funcionamiento biológico, como en una variable nueva dentro de la literatura de la RE: el absentismo laboral.

Poco después, Esterling, Antoni, Fletcher, Margulies y Schneiderman en 1994 quisieron conocer el efecto de tres sesiones de 20 minutos de RE escrita o RE hablada en 57 estudiantes universitarios con anticuerpos del virus de Epstein-Barr (VEB). El VEB pertenece a la familia de los herpesvirus e infecta a la mayor parte de la población en algún momento de su vida. De esta forma, se obtiene inmunidad adaptativa a través del desarrollo de anticuerpos contra el virus. Estos anticuerpos quedan latentes, reactivándose intermitentemente con o sin síntomas. Una alta concentración de anticuerpos ocurre en respuesta al virus latente debida a cambios o fallos en el sistema inmune. Para observar la concentración de este virus, se realizaron serologías de sangre y plasma en las semanas previa y posterior a las sesiones de RE. Asimismo, se midieron los estilos cognitivos de los participantes y se realizaron análisis del contenido de los

textos. Los grupos de RE mostraron más palabras emocionales negativas en sus ensayos, mayores cambios cognitivos y más estrategias de afrontamiento adaptativo en el seguimiento. Del mismo modo, tras las sesiones de RE, se observó que los grupos de *RE escrita* y *RE hablada* presentaban niveles significativamente más bajos que el grupo control en la concentración de anticuerpos del virus Epstein-Barr, tras cuatro semanas de haber iniciado el procedimiento de RE. El estilo cognitivo que más mostraba disminuciones en el VEB fue el sensibilizador, caracterizado por la inhibición y la sensibilidad.

En la misma línea, Petrie, Booth, Pennebaker, Davison y Thomas en 1995, se interesaron por el efecto de la RE sobre el sistema inmune a través del proceso de vacunación de la hepatitis B. Para ello, seleccionaron a 40 estudiantes de medicina (19 mujeres y 21 hombres) que daban negativo en el test de anticuerpos de la hepatitis B y que voluntariamente se sometían al proceso de vacunación y al procedimiento de RE. Durante cuatro días escribieron sobre sus experiencias más traumáticas o sobre situaciones triviales (grupo control). La primera muestra de sangre se tomó un día después de las cuatro sesiones de escritura y previa a la primera vacuna. Las siguientes muestras se tomaron tras uno y cuatro meses de la finalización de las sesiones, antes de poner los refuerzos de la vacuna, y a los seis meses de seguimiento. Se realizaron medidas de afecto, conductancia de la piel y análisis de los contenidos. Observaron que el grupo de RE aumentó su nivel de tristeza y culpabilidad, tras las sesiones. Además, los resultados de este estudio sumaron evidencia de que la expresión de las emociones relacionadas con los eventos traumáticos o estresantes puede producir efectos en la respuesta inmune. Los participantes asignados al grupo de RE mostraron niveles significativamente más altos de anticuerpos de la hepatitis B. Estos datos indicaron que los cambios en la función inmune, derivados de la RE, podrían tener consecuencias

potencialmente importantes para la salud a través del desarrollo de protección frente a enfermedades infecciosas. Otros datos obtenidos en esta investigación corroboraron los hallazgos previos sobre la respuesta de la conductancia de la piel y su disminución progresiva en el grupo de RE, que apoyaban la teoría de que la inhibición de las emociones relacionadas con un trauma se asociaba a estrés fisiológico y a procesos de enfermedad y, por tanto, la liberación de las emociones disminuía el nivel de estrés y la probabilidad de enfermar (Pennebaker et al., 1987; Pennebaker et al., 1988).

En resumen, se observa que la RE presenta efectos claros sobre la activación fisiológica, sobre la función inmune, medida a través de tres marcadores distintos (linfocitos T, anticuerpos del VEB y anticuerpos de la hepatitis B) y sobre el funcionamiento biológico, medido a través de dos marcadores diferentes (aspartato aminotransferasa y alanino aminotransferasa). En los estudios previamente citados, se observó una disminución de la activación fisiológica a lo largo de las sesiones de RE (Pennebaker et al., 1987; Petrie et al., 1995), de los niveles de aspartato aminotransferasa y alanino aminotransferasa (Francis y Pennebaker, 1992), de la concentración de los anticuerpos del VEB (Esterling et al., 1994) y un aumento de la concentración de los anticuerpos de la hepatitis B tras su vacunación (Petrie et al., 1995), asociados a las sesiones de RE.

#### **1.4.2. Efecto de la RE sobre el bienestar psicológico**

En el desarrollo de la investigación de la RE, pronto se incluyeron medidas relacionadas tanto con características psicológicas como con el bienestar psicológico (nivel de trauma, depresión, ansiedad, miedo, preocupación, ira, entre otras).

Greenberg y Stone (1992), quisieron aportar conocimiento sobre la eficacia de la RE en función de si el trauma que se revelaba era conocido o no por otras personas. Para ello, 60 estudiantes (36 mujeres y 24 hombres) fueron asignados aleatoriamente a tres condiciones experimentales: escribir sobre un trauma no revelado o no compartido con los demás, sobre un trauma revelado o sobre situaciones triviales. Todos los participantes escribieron durante cuatro sesiones de 20 minutos en días consecutivos. La escritura sobre sucesos traumáticos revelados o no revelados no presentó ninguna diferencia con el grupo control; sin embargo, sí se observaron mejoras en aquellas personas que mostraban traumas severos en la reducción de síntomas físicos y de las visitas médicas en el grupo de RE.

Sloan y Marx (2004a) se plantearon medir el grado en el que la RE podía afectar a la salud psicológica, así como observar la significación clínica de los cambios en la salud física y psicológica. Además, esperaban encontrar un aumento en la activación emocional objetiva, medida a través de la concentración de cortisol salival; y un aumento en la activación subjetiva en la primera sesión de escritura, seguida de una disminución a lo largo de las sesiones en el grupo de RE, mientras que en el grupo control esperaban que se mantuviese de forma constante. Asimismo, se interesaron por conocer si existía una relación entre esa primera activación y mejoras en la salud física y psicológica. Para ello, reclutaron a 49 estudiantes universitarias a las que aleatorizaron a uno de los dos grupos experimentales: grupo de RE, en el que narraban, a lo largo de tres sesiones de 30 minutos, la situación más altamente estresante o traumática vivida; o al grupo control, en el que las participantes narraban situaciones triviales. Realizaron medidas de afecto, estrés postraumático, depresión, salud y cortisol salival. Los resultados del estudio indicaron una reducción significativa de los síntomas físicos y psicológicos (estrés postraumático y depresión) en las participantes del grupo de RE.

Sin embargo, solo la reducción de los síntomas depresivos adquirió una significación clínica. En relación a la activación emocional, se observó una reactividad significativamente mayor en la primera sesión de escritura en el grupo de RE (objetiva y subjetiva) y, aunque la reducción objetiva de la activación a lo largo de las sesiones prevista no se cumplió, las participantes sí informaron de una disminución de la sensación de desagrado y del *arousal*. Además, se corroboró que la activación inicial correlacionaba con reducciones de los síntomas de estrés postraumático y depresión. Finalmente observaron que el tamaño del efecto global fue de 0,43 y 0,72 para las medidas de estrés postraumático y depresión, respectivamente.

Barclay y Skarlicki (2009) reclutaron a 100 participantes (97% estudiantes, 75 mujeres y 25 hombres) que afirmaban haber sido tratados injustamente en su puesto de trabajo por el gerente anterior, con la finalidad de hacerlos escribir sobre esta situación ya que entendían que disminuirían sus niveles de síntomas físicos, ira e intenciones de venganza, y aumentarían los niveles de bienestar psicológico y su sentido de resolución personal. Dividieron la muestra en cuatro grupos: uno de RE de las emociones asociadas a la situación de injusticia en el trabajo, un segundo de RE de los pensamientos asociados a esa situación, un tercer grupo de RE tradicional (en el que se narraban las emociones y pensamientos asociados a la situación de injusticia) y un último grupo control, de narración de situaciones triviales. Midieron síntomas físicos, bienestar psicológico, ira, percepción de resolución e intenciones de venganza. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en los niveles de síntomas físicos. No obstante, aumentó el bienestar psicológico y la percepción de resolución, a la vez que disminuyeron las intenciones de venganza en el grupo de RE tradicional frente al resto de grupos. El grupo de RE tradicional mostró, de igual forma, menos ira que el



grupo de RE de las emociones asociadas a la situación de injusticia, pero igual que los grupos de RE de pensamiento asociados a la situación de injusticia y control.

A la par, Giannotta, Settanni, Kliewer y Ciairano (2009) asignaron a 155 estudiantes adolescentes (81 mujeres y 74 hombres) a escribir sobre los problemas con sus iguales o sobre situaciones triviales, con la finalidad de reducir los síntomas de internalización (depresión, preocupación, miedo, aislamiento...) y reestructurar el significado de los eventos problemáticos. Los participantes de la muestra cumplieron cuatro sesiones de 20 minutos, con una frecuencia de dos sesiones semanales. Midieron los niveles de ansiedad, depresión, estrés postraumático y estrategias de afrontamiento. Aunque los autores no encontraron diferencias en los niveles de ansiedad, depresión y estrés postraumático, sí observaron una mayor reformulación positiva de las estrategias de afrontamiento en el grupo de RE.

Frente a los resultados previos, Sloan, Feinstein y Marx (2009) se cuestionaron la durabilidad de los beneficios de la RE. Para ello, realizaron seguimientos a los dos, a los cuatro y a los seis meses. Sesenta y nueve estudiantes (45 mujeres y 24 hombres) fueron asignados al grupo de RE o al grupo control, en ambos grupos los participantes debían escribir durante tres días consecutivos, 30 minutos cada día. Obtuvieron medidas de ansiedad, depresión, estrés, síntomas físicos y de la media académica. Hallaron una reducción en síntomas depresivos, que se diluía a los seis meses de seguimiento. No pudieron constatar diferencias entre los grupos en las variables salud, rendimiento académico, estrés o ansiedad.

En resumen, en los trabajos relacionados con el bienestar psicológico mostrados hasta el momento, se observa que la RE genera mayores beneficios en aquellas personas que presentan una historia de trauma severo (Greenberg y Stone, 1992).

Simultáneamente, la RE produce reducciones de los síntomas de estrés postraumático, de forma marginal, y de los síntomas depresivos (Sloan y Marx, 2004a), que se diluyen a lo largo del tiempo (Sloan et al., 2009).

### **1.4.3. Efecto de la RE sobre el rendimiento y el ajuste en grupos poblacionales universitarios**

Dado que el procedimiento RE fue ampliamente utilizado e investigado sobre la población universitaria, parte de la investigación se centró en conocer el efecto que poseía este procedimiento sobre variables relacionadas con el rendimiento y ajuste a la universidad.

Así, Pennebaker, Colder y Sharp, en 1990, modificaron las instrucciones de RE para administrarlo a 130 alumnos de un curso introductorio a la licenciatura de psicología (67 mujeres y 63 hombres). Los participantes en la condición experimental debían escribir durante 20 minutos, tres días consecutivos, sobre los pensamientos y sentimientos relacionados con la inserción en la universidad, frente al grupo control en el que debían escribir sobre situaciones triviales. Recabaron medidas sobre el ajuste a la universidad, la media académica y las visitas médicas por enfermedad. Se observó que los participantes en el grupo experimental reducían el número de visitas médicas (aunque este efecto se disipaba tras cuatro meses), mejoraban su ajuste a la universidad y mantenían su nota promedio frente a los participantes del grupo control.

Años después, Pennebaker y Francis (1996) aplicaron la RE sobre 72 estudiantes (44 mujeres y 28 hombres). Los participantes escribieron tres días consecutivos durante 20 minutos sobre la universidad o sobre situaciones triviales. Se evaluó el contenido de

los escritos y se tomaron medidas de las medias académicas y del número de visitas médicas por enfermedad. Los resultados de salud fueron congruentes con la literatura previa (Esterling et al., 1994; Greenberg y Stone, 1992; Pennebaker y Beall, 1986; Pennebaker et al., 1988; Pennebaker et al., 1990; Petrie et al, 1995). Se observaron mejoras en el grupo experimental frente al grupo control. Al mismo tiempo, se observó que aquellos participantes que escribían sobre sus experiencias en la universidad, mejoraban su desarrollo académico y obtenían mejores puntuaciones promedio en el grado. En un análisis más detallado, observaron que las mejoras de salud se relacionaban con el uso de palabras de *insight* y de causalidad, y, en contra de lo esperado, las palabras de contenido emocional negativo no se asociaron con cambios a largo plazo en salud y sí las palabras emocionales positivas. Este dato es contradictorio a la afirmación que realizó Pennebaker en 1993, “*no pain no gain*” (p. 546), en la que resume cómo la aparición de actividad autonómica a corto plazo, predice las mejoras de salud a largo plazo y cómo la expresión de la emociones negativas se encuentra en la base de dicha activación, mientras que la expresión de emociones positivas se liga a estados de relajación. Sin embargo, en el grupo control sí se encontró evidencia a favor de la hipótesis de Pennebaker (1993), aquellos participantes que hacían un bajo uso de palabras emocionales negativas y alto uso de palabras emocionales positivas presentaban un aumento en las visitas al médico.

Lepore (1997), aplicó otra modificación de la RE dirigida a alumnos en época de exámenes. La finalidad de esta modificación era reducir la angustia y el malestar psicológico. Creía que la RE servía para reducir los pensamientos intrusivos y desensibilizar emocionalmente a los participantes de estos pensamientos. Para verificar esta hipótesis, reclutó a 74 participantes (44 hombres y 30 mujeres) y los asignó aleatoriamente a dos grupos, uno en el que debía narrar los pensamientos y sentimientos

más profundos sobre su examen y otro en el que debía narrar situaciones triviales. Todos los participantes completaron tres sesiones de 25 minutos. Se tomaron medidas de depresión y pensamiento intrusivos. Se encontró que el grupo de RE disminuyó sus síntomas depresivos previos al examen, frente al grupo control que no experimentó ninguna disminución de los síntomas hasta después del examen. No hubo diferencias en el número de pensamientos intrusivos, pero sí en los efectos emocionales de éstos, que decayeron en el grupo de RE. Aunque el número de pensamientos intrusivos no se vio alterado, los participantes del grupo de RE mostraban menores niveles de malestar por su presencia en el seguimiento. Parece que la RE no elimina los pensamientos intrusivos sino que desensibiliza a los participantes de los efectos nocivos de éstos.

En la misma línea, Dalton y Glenwick (2009), consideraban que el uso de la RE en época de exámenes se traduciría en mejor rendimiento y mejor funcionamiento físico. Reclutaron a 76 estudiantes (50 mujeres y 26 hombres) en época de exámenes y los asignaron al grupo de RE o al grupo control. Ambos grupos asistieron a tres sesiones de 15 minutos, con una frecuencia de una sesión a la semana. Tomaron medidas de salud física y registraron la nota del examen de cada participante. Encontraron diferencias significativas en el rendimiento frente al examen a favor del grupo de RE, pero no encontraron diferencias significativas en salud, aunque los datos apuntaron a un mejor funcionamiento en el grupo de RE.

Los trabajos mostrados hasta el momento, relacionados con el efecto de la RE sobre el rendimiento y el ajuste en la universidad, muestran que la RE mejora el ajuste a la universidad y las notas promedios en estudiantes universitarios (Pennebaker et al., 1990; Pennebaker y Francis, 1996). Adicionalmente, en épocas de examen, la RE reduce los síntomas depresivos asociados, disminuye el efecto nocivo de los

pensamientos intrusivos relacionados con el examen y mejora el rendimiento (Lepore, 1997).

#### **1.4.4. Variaciones del paradigma tradicional de RE**

Otra parte de la investigación sobre el paradigma de la RE se centró en el examen de posibles vías para aumentar la eficacia de la RE, así como de variables moduladoras de la eficacia. Por un lado, se exploraron diferentes variaciones de la RE mediante la inclusión de elementos como la narración de traumas imaginarios, el afrontamiento, el apoyo social, la narración de emociones, la asimilación cognitiva, la narración de eventos positivos o la religión. Y, por otro, la capacidad explicativa de variables como el optimismo, la alexitimia y las conductas evitativas, entre otras.

##### **1.4.4.1. *El efecto de la narración de traumas imaginarios***

Greenberg, Wortman y Stone (1996) decidieron explorar si la revelación de emociones de eventos que no habían sido experimentados personalmente y que eran narrados por primera vez en el contexto del laboratorio (traumas imaginarios), podría producir efectos sobre la salud similares a los de la RE de traumas pasados reales. Como los eventos traumáticos imaginarios no han sido inhibidos previamente, la obtención de mejoras en los niveles de salud supondría que la expresión de las emociones previamente suprimidas, no es el elemento clave del éxito de la RE. Así pues, explicaciones como la catarsis o la habituación perderían peso dentro del esclarecimiento de los procesos que están detrás de los beneficios de la RE.

Greenberg et al. (1996) plantearon, como punto de partida de su investigación, que tanto el grupo de RE de traumas pasados reales, como el de RE de traumas imaginarios presentarían beneficios en el nivel de salud frente al grupo control y disminuirían los niveles de pensamientos intrusivos y conductas de evitación, tanto cognitivas como conductuales, asociadas a traumas reales. Con esta finalidad, seleccionaron a 95 mujeres estudiantes, con una historia previa de trauma. Se asignó aleatoriamente a las participantes a uno de los tres grupos experimentales: grupo de trauma real, grupo de trauma imaginario o grupo control. Los tres grupos completaron una única sesión de 30 minutos de duración y se evaluaron sus niveles de pensamientos intrusivos, respuestas de evitación, afecto y salud. Los principales resultados de esta investigación replicaron los hallazgos iniciales de Pennebaker y Beall (1986), con un aumento del afecto negativo y una disminución del afecto positivo a corto plazo, así como una disminución de las visitas médicas de los grupos de RE, real e imaginario, frente al grupo control. Este dato apoya la hipótesis inicial de los autores que apuntaba que la desinhibición no era el elemento clave de la RE. Aun así, se encontraron desiguales resultados en los grupos de RE de traumas reales e imaginarios. El grupo de trauma real presentó más fatiga y conductas de evitación en el seguimiento y sus narraciones fueron más elaboradas, presentaban más imágenes, enfatizaban el contexto familiar, expresaban más culpabilidad y menos certidumbre moral; frente a las narraciones del grupo de RE de traumas imaginarios que presentaban más elementos cognitivos, más fuerza y más claridad moral. Estos resultados pueden avalar la existencia de mecanismos diferenciales tras los beneficios hallados en los grupos de RE de traumas pasados reales y RE de traumas imaginarios. Aun así, el procedimiento de RE con una sola sesión, hace necesaria su réplica con protocolos más largos.

**1.4.4.2. *El efecto añadido de las estrategias de afrontamiento, el optimismo, el apoyo social y la asimilación cognitiva***

Otros trabajos se centraron en el papel mediador de algunas estrategias en la recuperación del trauma. Esas estrategias han podido consistir en una mayor elaboración en la recuperación del trauma, en atender a nuevas informaciones sobre cómo afrontar el evento, o, sencillamente, darle instrucciones específicas para que elaboren estrategias que combatan esos malos recuerdos. En este sentido se ha pedido a los participantes que profundicen en sus recuerdos o que piensen también en qué pueden hacer para disminuir el impacto de ese recuerdo.

Cameron y Nicholls (1998) evaluaron el papel del afrontamiento y del optimismo en la RE. Creían que la RE no solo era terapéutica porque los participantes escribían las emociones y los pensamientos asociados a eventos traumáticos, sino porque ayudaba a seleccionar, divulgar y evaluar maneras de afrontar esos sucesos. Por eso, elaboraron unas instrucciones en las que pedían a los participantes que escribieran sobre las emociones y los pensamientos más profundos asociados a la vivencia traumática y además, solicitaban a los participantes que buscasen estrategias para resolver los problemas derivados de la situación traumática. Por otro lado, consideraban que las personas con tendencia pesimista serían las que más se beneficiarían de esta nueva tarea, ya que les serviría como una guía para seleccionar sus problemas y elaborar estrategias de afrontamiento adaptativas. Así mismo, disminuiría su tendencia a escribir de manera fatalista, a rumiar sobre los aspectos negativos y a desarrollar una sensación de desesperanza. Con este fin, asignaron aleatoriamente a 122 estudiantes universitarios (89 mujeres y 33 hombres) a una de las tres condiciones experimentales: tres sesiones de 20 minutos con una tarea de RE, de autorregulación (RE más estrategias de afrontamiento) o al grupo control, en el que debían narrar situaciones triviales. Tomaron

medidas de las visitas médicas, optimismo, ajuste a la universidad y afecto negativo. En este estudio se observó una disminución en las visitas médicas en los grupos de RE y de autorregulación, así como una mejora en el ajuste a la universidad. La tarea de RE mejoró la nota media del grado, mientras que el grupo de autorregulación y el control mantuvieron sus notas estables. La tarea de autorregulación mejoró la percepción de control de los participantes y, en aquellos con una tendencia pesimista, disminuyó las visitas médicas y el afecto negativo, y aumentó el nivel de ajuste a la universidad.

Lestideau y Lavallee (2007) también creían que la escritura de eventos traumáticos dirigida al afrontamiento, mejoraría la eficacia de la RE. Para esto, 69 participantes (45 mujeres y 24 hombres) formaron parte de cuatro grupos experimentales: RE tradicional, en el que durante tres días, 30 minutos cada día, debían escribir sobre un evento traumático y las emociones asociadas; RE afrontamiento, en el que debían escribir en cuatro o seis frases cómo ocurrieron los hechos, su situación actual y la forma de afrontar los hechos vividos; RE combinada, en la que durante 30 minutos debían escribir sobre el evento, las emociones asociadas y la forma de afrontarlos; y un grupo control, en el que debían describir su situación actual o algún evento que les hiciera sentir estresados en dos o tres frases. Valoraron los niveles de afecto, salud física, autoeficacia percibida, así como la evaluación cognitiva de la situación estresante. Se observó que las condiciones de RE afrontamiento y RE combinado poseían efectos amortiguadores del estrés, es decir, los participantes de estas condiciones percibían la situación como más controlable tras las sesiones de RE, no así en la RE tradicional. Las condiciones de RE afrontamiento aumentaron el afecto negativo en la primera sesión, pero decayó en las siguientes sesiones. Sin embargo, en las condiciones de RE afrontamiento y RE combinado no se observaron cambios en los niveles de salud. Por último, en el grupo de RE tradicional aumentaron inicialmente los



síntomas (afecto negativo y síntomas físicos), pero luego disminuyeron significativamente.

Por otro lado, Sloan, Marx, Epstein y Lexington (2007), entendían que la RE a la que se le sumaba elementos de comprensión y asimilación cognitiva iba a ser más eficaz que la RE tradicional. Ochenta y dos participantes fueron asignados aleatoriamente a tres grupos: RE tradicional, RE más comprensión y asimilación cognitiva, en el que además de la tarea de RE tradicional, debían encontrar el significado de la situación, cómo había afectado a su vida y qué cambios en sus pensamientos se generaron a raíz del evento traumático; o grupo control. Todos los participantes cumplieron tres sesiones de escritura de 20 minutos. Se realizaron medidas de estrés postraumático, depresión, salud, frecuencia cardíaca, valencia y *arousal* tras las sesiones. Tanto el grupo de RE tradicional como el de RE comprensión y asimilación cognitiva redujeron su frecuencia cardíaca desde la primera hasta la última sesión, así como su nivel de *arousal*. Sin embargo, el grupo de RE comprensión y asimilación cognitiva presentó más emociones desagradables y *arousal* que los controles. El grupo de RE tradicional disminuyó sus niveles de síntomas físicos, depresión y estrés postraumático, frente al grupo de RE comprensión y asimilación cognitiva y al grupo control. De acuerdo con estos resultados, parece que los elementos de asimilación y comprensión, tampoco son los adecuados para aumentar la eficacia de la RE.

Lepore, Ragan y Jones (2000), pusieron a prueba el papel del apoyo social en la eficacia de la RE. Además, evaluaron si la RE reduce el impacto emocional de los pensamientos intrusivos asociados al evento traumático. Este hecho apoyaría la hipótesis de que la RE sirve como una técnica de desensibilización, es decir, como un contexto en el que exponer a la persona a recuerdos previamente evitados y reducir tanto el malestar, como la tendencia a eludir los pensamientos, emociones o sensaciones

asociados al evento traumático. O si, por contra, reduce el número de pensamientos intrusivos, lo que daría sustento a la teoría de la integración o adaptación cognitiva. Esta teoría postula que para que la persona se recupere de la situación traumática debe resolver sus disonancias cognitivas, a partir de sus experiencias y modelos internos. Será, entonces, cuando disminuyan los procesos de reexperiencia, tales como los pensamientos intrusivos<sup>3</sup>.

Se expuso a los participantes a un video de 14 minutos sobre el holocausto nazi. Tras eso, se asignó a cada uno de los 256 estudiantes (128 hombres y 128 mujeres) a una de las cuatro condiciones experimentales: no hablar sobre el video, hablar durante dos minutos sobre el video en solitario, hablar sobre el video con una persona que validaba la opinión del participante o hablar sobre el video con una persona que invalidaba la opinión del participante. Tomaron medidas de respuesta cardiovascular (frecuencia y presión), *arousal*, estrés percibido, pensamientos intrusivos y respuestas de evitación. No se observaron cambios en la respuesta cardiovascular. Este dato podría evaluarse como una evidencia en contra de la teoría de la inhibición, sin embargo la actividad cardiovascular se ha asociado a activación conductual, mientras que la conductancia de la piel se ha relacionado con inhibición comportamental y, por tanto, se considera un indicador más sensible y apropiado para los procesos de excitación autónoma afectados por la RE (Pennebaker, Barger y Tiebout, 1989). Por otro lado, tanto los participantes de la condición de hablar solo, como los de la condición de hablar con una persona que valida su opinión, presentaron un menor número de pensamientos intrusivos sobre el estresor y menor estrés subjetivo. Este dato apoyaría la teoría de la integración cognitiva. Por otro lado, no se encontraron diferencias entre el grupo de no hablar y hablar con una persona que invalida la opinión del participante.

---

<sup>3</sup> Tanto ésta como otras teorías se presentarán más ampliamente en apartados posteriores.

Aun así, los autores argumentaron que en el caso de que la persona que invalidase la opinión del participante, fuese alguien significativo, esa condición sería más dañina que no hablar.

En resumen, parece por los datos previamente presentados, que algunas variaciones de la RE, como la narración de traumas imaginarios, pueden mostrar cierta eficacia en la reducción de los síntomas físicos (Greenberg et al., 1996). Además, la adición de elementos de autorregulación al procedimiento de RE tradicional pueden mejorar la eficacia de la RE en personas con tendencia pesimista y la utilización de elementos de afrontamiento puede amortiguar el estrés de los eventos traumáticos vividos (Cameron y Nicholls, 1998). Sin embargo, parece que no es tanto el apoyo social un factor que añade eficacia a la RE, sino que la invalidación social, sí puede influir como un elemento capaz de diluir los efectos beneficiosos de la RE (Lepore et al., 2000). Finalmente, elementos adicionales dentro del procedimiento de RE como componentes de asimilación y comprensión no parecen aumentar tampoco su eficacia (Sloan et al., 2007).

#### ***1.4.4.3. El efecto de la narración de emociones***

Otros grupos de investigación se han centrado en el papel potenciador de la expresión de las emociones sobre los beneficios de la RE, como posible elemento central de la RE.

Dentro de esta línea, Zech y Rimé, en 2005, se centraron en examinar si la expresión de las emociones es el elemento clave de la RE. Se interesaron por conocer si hablar sobre un evento emocional específico conduce a la recuperación emocional o si,

por el contrario, es la expresión de las emociones asociadas lo que conduce a los beneficios percibidos. Para ello, asignaron aleatoriamente a 51 estudiantes universitarios (35 mujeres y 16 hombres) a tres condiciones: RE de emociones, en la que se pedía a los participantes que examinaran sus emociones y sentimientos relacionados con un evento traumático, los expresaran, explicaran por qué se sentían así y sus implicaciones; RE de hechos, en el que solicitaban a los participantes que explicaran qué ocurrió antes, durante y después del episodio de manera descriptiva, excluyendo los aspectos emocionales. Y el grupo control, que narraba situaciones triviales. Los tres grupos cumplieron tres sesiones de 20 minutos grabadas por audio o video. Se midieron los niveles de recuperación emocional y los beneficios percibidos de la tarea de RE. En este primer estudio, encontraron una mejora en todos los grupos a lo largo del tiempo, lo que implicaba un ajuste y una recuperación natural. No observaron diferencias entre los grupos en su recuperación, excepto en el beneficio percibido, en el que el grupo de RE de emociones presentaba un marcado efecto.

Zech y Rimé (2005) llevaron a cabo un segundo estudio con 486 adolescentes (319 mujeres y 167 hombres) a los que se les pedían que pensarán en un episodio que actualmente fuese doloroso y los asignaron aleatoriamente a los siguientes grupos: RE de emociones, en el que se solicitaba a los participantes que examinaran sus emociones y sentimientos relacionados con el evento traumático, los expresaran, explicaran por qué se sentían así y sus implicaciones. RE otro episodio emocional, en el que se solicitaba a los participantes que examinaran sus emociones y sentimientos relacionados con otro evento traumático distinto, los expresaran, explicaran por qué se sentían así y sus implicaciones. Grupo control, en el que los participantes debían narrar situaciones triviales. Grupo no compartir, en el que cumplimentaban las medidas pre, post y seguimiento, pero no narraban ninguna situación traumática. En este estudio se replicó

el efecto del tiempo, que disminuyó el impacto emocional y los pensamientos intrusivos en todas las condiciones experimentales, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en estas variables. Nuevamente se presentó un aumento en los beneficios percibidos en los grupos de RE de emociones y RE otro episodio emocional, que se relacionaban además con creencias previas sobre los beneficios de la participación social.

#### ***1.4.4.4. El efecto de la narración de temas positivos***

Otros grupos de trabajo se han dirigido a conocer el efecto beneficioso sobre los participantes de la narración de experiencias positivas frente al paradigma tradicional de RE o de la reevaluación positiva de los eventos negativos, a través de instrucciones específicas en las que se solicitaba que se centrasen no solo en los elementos negativos del eventos, sino en los elementos positivos de la experiencia vivida también.

Yogo y Fujihara (2008) creían que se podía mejorar esta capacidad cognitiva a través de la RE tradicional y RE de temas positivos (escribir sobre la realización de los sueños y proyectos de futuro). Ciento cuatro participantes (74 mujeres y 30 hombres) fueron asignados a tres sesiones de 20 minutos de RE tradicional, de escritura del mejor futuro posible (RE temas positivos) o del grupo control donde se narraban situaciones triviales. Realizaron medidas de la memoria de trabajo, afecto, ansiedad, depresión, hostilidad y síntomas físicos. El grupo de RE de temas positivos mostraba niveles más bajos de ansiedad, depresión y síntomas físicos después de las sesiones, mientras que el grupo de RE mostraba mayores niveles de hostilidad y síntomas físicos. Sin embargo, cinco semanas después del procedimiento, los participantes del grupo de RE alcanzaron puntuaciones más altas en memoria de trabajo, mientras que el grupo de RE de temas

positivos y el grupo control no obtuvieron ningún efecto. La manipulación de los estados de ánimo negativo parece tener un ligero efecto sobre la función ejecutiva, mientras que los estados de ánimo positivo parecen ponerla en peligro.

Por otro lado, Lu y Staton (2010), consideraban que si a la RE se le añadía un elemento de reevaluación positiva, es decir, cambio positivo en la evaluación de los factores de estrés o de uno mismo, se aumentarían los efectos sobre la salud y el afecto positivo y negativo. Con este propósito, se asignaron aleatoriamente a 130 estudiantes (99 mujeres y 31 hombres) a cuatro condiciones experimentales distintas: RE tradicional, reevaluación positiva, RE y reevaluación positiva, y grupo control. En la condición de reevaluación positiva se pedía a los participantes que valorasen las condiciones positivas y negativas del evento; su percepción, retos y oportunidades, reevaluasen sus estrategias y generasen pensamientos positivos. Todos los participantes pasaron por tres sesiones de 20 minutos, a razón de una sesión por semana. Se realizaron medidas de salud y afecto. No se encontraron diferencias en salud entre los grupos de RE, reevaluación positiva, y RE y reevaluación positiva, que redujeron los niveles de síntomas físicos y aumentaron el afecto positivo frente al grupo control.

En principio, de acuerdo con los estudios existentes, parece que ni la versión positiva de la RE (mejor futuro posible) propuesta por Yogo y Fujihara (2008), ni la adición de elementos positivos puesta a prueba en el estudio de Lu y Staton (2010) igualan o mejoran, respectivamente, la eficacia del procedimiento tradicional de RE.

#### **1.4.4.5. *El efecto añadido de la religión***

Otros autores se interesaron por conocer si las creencias religiosas y espirituales podrían ser utilizadas en beneficio de los participantes de procedimientos de RE. Estas variaciones al procedimiento tradicional de RE persiguen que los participantes empleen la religiosidad o la espiritualidad como una fuente de sentido vital frente a las experiencias altamente estresantes.

Así, Chen (2005), quiso explorar el efecto añadido de la religión sobre la RE. Se planteó que la religión podía aumentar los efectos de la RE y producir un impacto mayor, medido a través de la reducción de los síntomas de estrés postraumático. Consideraba que la religión podía actuar como una fuente de sentido y conocimiento dentro del procedimiento de RE. Para comprobar esta idea, asignó aleatoriamente a 177 estudiantes universitarios (105 mujeres y 72 hombres) a las condiciones de RE tradicional o RE religiosa, en la que los participantes debían añadir una perspectiva religiosa o espiritual (la que mejor reflejase sus creencias). Durante tres días los participantes debían cumplimentar sus escritos. Se midió depresión, estrés postraumático, severidad y contenido del trauma, y religiosidad. No encontró diferencias significativas en los síntomas de estrés postraumático en la evolución de las medidas pre a las de seguimiento entre los grupos. Localizó un efecto diferencial del procedimiento tradicional de RE sobre los síntomas de estrés postraumático en función de la gravedad, este efecto no fue localizado en el grupo de RE religiosa. La RE tradicional es más eficaz en síntomas moderados de estrés postraumático que en los graves, con una eficacia superior a la RE religiosa, sin embargo, en personas con síntomas graves sucede lo contrario. Otro efecto que encontró, fue que la RE religiosa era más eficaz en la reducción de síntomas de estrés postraumático que la RE tradicional en mujeres, tendencia contraria, pero no significativa, a la observada en hombres.

Tomando en cuenta los datos anteriores, Chen y Contrada (2009), consideraron nuevamente, que la religión podía aumentar los efectos de la RE, al guiar los esfuerzos por encontrar un sentido a la experiencia traumática. Esperaban observar el papel mediador de la religión en los cambios cognitivos y emocionales, así como la reducción de los síntomas físicos. Doscientos quince participantes (123 mujeres y 92 hombres) fueron asignados a tres sesiones de RE tradicional, RE religiosa o al grupo control. Se obtuvieron medidas de síntomas físicos, depresión y religiosidad. No se encontraron diferencias entre grupos en los niveles de salud física. Los niveles de depresión solo se redujeron en los grupos de RE.

En resumen, los pocos estudios sobre el efecto de la adición de un elemento de religiosidad al procedimiento tradicional de RE muestran beneficios limitados, si bien aumenta su eficacia en la reducción de síntomas graves de estrés postraumático, especialmente en mujeres (Chen, 2005).

#### **1.4.5. Variables que modulan la eficacia de la RE**

Una parte de los esfuerzos en la investigación con la RE, se han dirigido al estudio de mecanismos de cambio implicados en su eficacia. La idea ha consistido en conocer qué variables modulan la aplicación de la RE. Al final, la combinación de estos mecanismos puede implicar un mayor cambio terapéutico. A continuación se muestra una parte de los moduladores estudiados dentro del campo de la RE como son las *expectativas* asociadas al procedimiento, la *alexitimia*, la *escisión patológica*, el *afrentamiento represivo*, los *pensamientos obsesivos*, los *pensamientos reflexivos* y las *conductas de evitación*. Otros moduladores, como el optimismo, han sido mostrados en apartados anteriores.



#### **1.4.5.1. *El papel modulador de las expectativas***

Langens y Schüler (2007), se interesaron por el papel modulador de las expectativas asociadas a la RE, ya que creían que estaban relacionadas con el cambio en el impacto emocional. Para observar este efecto modulador, en un primer estudio seleccionaron a 56 estudiantes que formaron parte del grupo de RE o del grupo control durante tres días, 15 minutos cada sesión, que en este caso se realizaban en casa. Se tomaron medidas de afecto, síntomas físicos, impacto emocional y expectativas de éxito. Se obtuvo que las expectativas se relacionaban con el cambio en el impacto emocional en el grupo de RE, es decir, las expectativas generaban un efecto de profecía autocumplida. Si el participante creía que la RE iba a tener un efecto positivo, el evento era clasificado como menos grave tras seis semanas; si por el contrario, el participante dudaba de los efectos beneficiosos de la RE, el impacto emocional se veía incrementado. Tras estos resultados, llevaron a cabo un segundo estudio para conocer si era necesario reexperimentar todo el evento o con una RE de las emociones era suficiente. Noventa y tres participantes formaron parte del grupo de RE tradicional, del grupo de RE de emociones o del grupo control. Los grupos de RE se asociaron a expectativas más positivas de cambio frente al grupo control, que además presentaron cambios en los síntomas físicos. Las expectativas también parecen determinar el efecto de la RE de emociones, en la que no existe una confrontación total del evento, cuya presencia, se consideraba una condición necesaria para que la RE presentase efectos beneficiosos (Pennebaker, 1997; Pennebaker y Seagal, 1999).

#### ***1.4.5.2. El papel modulador de la alexitimia, la escisión patológica y el afrontamiento represivo***

Otra variable tomada en consideración ha sido el papel de la alexitimia. La alexitimia ha sido descrita como “un déficit o falta de capacidad para procesar y regular los estados emocionales a través de la utilización de mecanismo cognitivos como la introspección, la fantasía y la imaginación” (Lumley, Tojek y Macklen, 2002, p. 83).

Páez, Velasco y González (1999), llevaron a cabo tres estudios para conocer: el efecto de la RE de traumas revelados y de la RE de trauma no revelados previamente, el efecto de un procedimiento de RE breve y la comparación del procedimiento tradicional frente al breve, en el que se consideraba la alexitimia como posible variable. En el primer estudio, 50 estudiantes universitarios fueron asignados aleatoriamente a una de las tres condiciones experimentales: escribir sobre traumas previamente revelados, escribir sobre traumas no revelados o sobre situaciones triviales. Todos los participantes completaron tres sesiones de 20 minutos. Midieron pensamientos intrusivos y respuestas de evitación, afecto, evaluación del evento, percepción de control, participación social e inhibición. Se encontraron resultados similares para el grupo de trauma revelado y el de trauma no revelado, en ambos grupos se observó un aumento del afecto negativo a corto plazo y una disminución a largo plazo. No obstante, el grupo de trauma no revelado mejoró especialmente su asimilación cognitiva, disminuyó su activación emocional, aumentó su percepción de control y responsabilidad y generó un cambio hacia estados de ánimo más positivos.

En el segundo estudio, con una muestra de 53 estudiantes, se mantuvieron los tres grupos experimentales (trauma revelado, trauma no revelado y grupo control), pero el procedimiento se limitó a una sesión de tres minutos. Los efectos hallados fueron un

aumento del estado de ánimo negativo en los grupos de trauma y la no existencia de diferencias a largo plazo entre los grupos de trauma y el control en las variables: estado de ánimo, imágenes o pensamientos intrusivos y activación emocional. Sin embargo, sí se observó un incremento en la valoración negativa del evento en el grupo de trauma no revelado, lo que puede indicar que sesiones tan cortas de RE pueden generar una sensibilización al trauma.

En el tercer estudio, se recopilieron datos de 70 participantes de los estudios anteriores para comparar la eficacia de ambos procedimientos. Conjuntamente, se analizaron los resultados teniendo en cuenta el papel de la alexitimia. A grandes rasgos se observó que la escritura intensa (tres sesiones de 20 minutos cada una) genera efectos positivos frente a la versión corta de la RE (una sesión de tres minutos). Otro dato importante fue que la escritura breve refuerza la angustia de los participantes con altas puntuaciones en alexitimia, lo que puede indicar que la clave de la RE se encuentra en el nivel de profundidad del procesamiento del trauma así como en la comprensión de las emociones.

Baikie (2008), se interesó también por el papel de variables moduladoras como la alexitimia, la escisión patológica y el afrontamiento represivo. La escisión o disociación patológica es un recurso característico de los trastornos de la personalidad límite, narcisista, esquizoide y antisocial y se suele presentar en forma de intrusiones o amnesias. Supone la percepción y vivencia afectiva polarizada del sí mismo y de los demás. El estilo de afrontamiento represivo es la tendencia a evitar y negar las respuestas afectivas.

Baikie (2008) para conocer el papel de dichas variables, dividió a la muestra de 88 estudiantes (62 mujeres y 26 hombres) en grupo de RE y grupo control y

completaron cuatro sesiones semanales de 20 minutos. Midió los niveles de salud física, afecto y sintomatología postraumática (ansiedad, depresión, disociación, problemas sexuales y trastornos del sueño). La RE produjo beneficios en las visitas médicas y en el autoinforme de éstas, pero no en otros resultados de salud física o psicológica. Se encontró que los beneficios estaban modulados por la escisión patológica y por la alexitimia, pero no por el afrontamiento evitativo. Las personas que puntuaban alto en alexitimia presentaban mayores beneficios en el número de visitas médicas, en síntomas depresivos y en trastornos del sueño. Las personas más externalizantes, sin embargo, aumentaron su nivel de intrusión y los síntomas de hiperactivación. Las personas que puntuaban alto en escisión patológica, por otro lado, obtuvieron mayores beneficios en el número de visitas médicas, síntomas físicos, síntomas depresivos relacionados con el evento y menores niveles de afecto positivo.

Nandagopal (2008), también examinó el efecto de la alexitimia, así como si el estilo lingüístico predice los resultados del procedimiento de RE. Treinta participantes (20 mujeres y 10 hombres) fueron asignados al grupo de RE o al grupo control, durante tres días, 20 minutos cada sesión. Se midieron los niveles de estrés percibido y síntomas físicos y se realizó un análisis del estilo lingüístico de los escritos. El análisis del estilo lingüístico se realizó a través de un programa de análisis de textos, cuya primera versión realizaron Pennebaker y Francis (1996), que detecta dos categorías asociadas a dimensiones emocionales, afecto positivo y afecto negativo, y dos categorías asociadas a dimensiones cognitivas, causa e *insight*. La categoría asociada a la dimensión cognitiva causa, refleja el grado en el que el individuo encuentra las causas y razones tanto del evento como de las emociones que describe. La categoría *insight*, muestra el grado en el que el participante se refiere a procesos cognitivos. Observó que, aunque la RE produce mejoras significativas en medidas de estrés percibido a lo largo del tiempo,

no se encontraron diferencias en salud. Además, no se obtuvo evidencia que apoyase la idea de que el estilo lingüístico predice los resultados y la alexitimia no moderó la relación entre la RE y el estrés percibido.

La literatura hasta el momento no ha encontrado datos congruentes en cuanto al papel de la alexitimia en la RE, mientras que en algunas investigaciones las personas con altas puntuaciones se benefician especialmente de la RE (Baikie, 2008), en otras no se encuentran diferencias (Nandagopal, 2008). Un dato que sí parece especialmente relevante para la aplicación de la RE en personas con altas puntuaciones en alexitimia, es que procedimientos cortos de RE puede generar efectos iatrogénicos especialmente en esta población (Páez, Velasco et al., 1999).

#### ***1.4.5.3. El papel modulador del pensamiento obsesivo frente al pensamiento reflexivo***

Sloan, Marx, Epstein y Dobbs (2008) observaron el papel modulador del pensamiento obsesivo y del pensamiento reflexivo (proceso mental que se centra en la búsqueda de soluciones adaptativas a los problemas) sobre la RE en síntomas depresivos. Pensaban que aquellos participantes que mostrasen puntuaciones más altas en pensamientos obsesivos se beneficiarían más del procedimiento de RE a través de la reducción de síntomas depresivos. Por el contrario, no esperaban diferencias por el nivel de pensamiento reflexivo. Sesenta y ocho estudiantes universitarios recibieron tres sesiones de 20 minutos de RE o pertenecieron al grupo control. Se tomaron medidas de estilo obsesivo, depresión y ansiedad. Encontraron una disminución de la severidad de los síntomas depresivos en aquellos participantes del grupo de RE que presentaba altas puntuaciones en pensamientos obsesivos. Este resultado persistió hasta los seis meses

de seguimiento. Otro dato que observaron es que era posible que la RE no fuera igual de eficaz en personas reflexivas ya que, en general, tendían a hacer un mayor esfuerzo previo a la RE por afrontar los eventos traumáticos y pueden ser menos propensos a obtener beneficios de esta intervención.

#### **1.4.5.4. *El efecto modulador de las conductas evitativas***

Kenardy (2006), se interesó por el papel de las conductas evitativas en la RE. Creía que aquellos participantes con alta tendencia a la evitación presentarían más trastornos específicos y malestar general en el seguimiento tras una sesión de RE breve, frente al procedimiento de RE tradicional. Además, consideraba que presentarían un mayor estado de ánimo negativo y más síntomas físicos. Finalmente, creía que las conductas de evitación podrían predecir mejor el trastorno por estrés postraumático que la experiencia en sí misma. Para poner a prueba estas hipótesis asignó aleatoriamente a 118 participantes mujeres a un grupo de RE con cuatro sesiones de 20 minutos o a un grupo de una sesión de 20 minutos. Se tomaron medidas de salud, pensamientos intrusivos y respuestas de evitación, estrategias cognitivas y conductuales y afecto. Las participantes con alta tendencia a la evitación mostraron peores resultados en pensamientos intrusivos y evitativos, así como en estado de salud general cuando eran ubicadas en el grupo de RE breve. Parece que la evitación podría ser un factor de vulnerabilidad al desarrollo de una reacción adversa frente a la RE breve.

En resumen, parece que son pocas las modificaciones de la RE que sumen eficacia al procedimiento tradicional. Por otro lado, tan solo el optimismo, la alexitimia, el pensamiento obsesivo y la evitación parecen jugar un papel modulador de la RE, que

en la mayor parte de los casos se manifiesta como limitaciones en la aplicación para no generar efectos iatrogénicos.

#### **1.4.6. El efecto de variables contextuales**

Otra parte de la investigación se ha centrado en el estudio de variables contextuales que podrían modificar la eficacia de la RE. Variables como el formato de las sesiones de RE (habladas, escritas o pensadas), el tiempo de las sesiones, el tiempo entre las sesiones, el lugar donde se realizan las sesiones, la forma de entrega de las instrucciones y el tipo de instrucciones, entre otras, pueden modificar la eficacia de la RE. A continuación, se muestra una revisión de la literatura relacionada con las variables contextuales, que en parte han sido citadas previamente.

##### **1.4.6.1. *El efecto del formato de la RE***

Lyubomirsky, Sousa y Dickerhoof (2006) realizaron una sucesión de estudios en los que querían conocer qué era más beneficioso: hablar, escribir o pensar en eventos traumáticos. Consideraban que pensar se asociaría a los peores resultados. Se plantearon la misma pregunta con eventos felices y con una hipótesis contraria, creían que el pensamiento se asociaría a los resultados más positivos, puesto que no supone tantos mecanismos de organización, evaluación y externalización, incompatibles para ellos con el afecto positivo. Por último, se plantearon que la reproducción (pensar) de las vivencias positivas mantendría el bienestar y el afecto positivo, mientras que el análisis paso a paso de la situación (escribir) disminuiría el afecto positivo y el bienestar. Para la primera cuestión seleccionaron a 96 participantes (70 mujeres y 26 hombres) que fueron

asignados a uno de los cuatro grupos experimentales: RE escrita, RE hablada, RE pensada o grupo control, que no tenía intervención. Los grupos de RE completaron tres sesiones de 15 minutos. Se tomaron medidas de satisfacción vital, afecto, salud y síntomas físicos. Como esperaban, los participantes que escribieron o hablaron presentaron mejores puntuaciones en bienestar, salud general, satisfacción vital, salud psicológica y física que aquellos que participaban en el grupo de RE pensada. Además, los participantes del grupo RE pensada disminuyeron su satisfacción frente a los controles. No se detectaron cambios a corto plazo en afecto positivo o negativo.

En el segundo estudio, en el que los participantes debían narrar un evento positivo, contaron con una muestra de 111 participantes (82 mujeres y 29 hombres). También se verificó parcialmente la hipótesis, ya que aquellos participantes que formaban parte del grupo RE pensada presentaban mayor satisfacción vital que los que formaban parte de los grupos RE escrita o RE hablada. Tampoco se encontraron en este estudio diferencias en afecto positivo.

En el tercer estudio, los participantes ( $n = 112$ , 65 mujeres y 47 hombres) fueron asignados al grupo de RE escrita o RE pensada y debían narrar, nuevamente, un evento positivo. Se encontró que la RE pensada aumentaba a largo plazo el afecto positivo, el crecimiento personal, la autoaceptación, la salud general y disminuía el dolor. La RE escrita, en contra, disminuía el crecimiento personal, la salud, el funcionamiento físico y aumenta el dolor. Además, la RE pensada presentaba beneficios también a corto plazo ya que aumentaba el crecimiento, la salud, el funcionamiento físico y disminuía el dolor. El único contra que se encontró a la RE pensada de eventos positivos fue que disminuyó la percepción de dominio del medio ambiente, tal vez por una disminución de la capacidad para autorregularse.



#### **1.4.6.2. *El efecto de sesiones cortas de RE***

Burton y King, en 2008, se interesaron por el límite temporal inferior en el que la RE podría tener beneficios, es decir, el tiempo mínimo de sesión para observar cambios con la RE. Se asignó aleatoriamente la muestra (N = 49, 36 mujeres y 13 hombres) a tres condiciones: RE tradicional, RE de evento positivo y grupo control, en las que debían narrar el evento durante dos días, en sesiones de dos minutos. Se tomaron medidas de afecto y salud, y tras las sesiones, los participantes realizaron una evaluación de la tarea de RE. Se observó cómo el afecto negativo decayó en el grupo de RE tradicional frente a los grupos de RE de evento positivo y grupo control. Los participantes RE tradicional y RE de evento positivo valoraron sus sesiones como más importantes, significativas, emocionales e interesantes y mostraron diferencias en el estado de salud en comparación con el grupo control. Se observó que con cantidades mínimas de RE se podía empezar a observar beneficios en los participantes. Aun así, anteriormente se ha visto como este tipo de sesiones puede ser perjudicial en algunos participantes como pacientes con altas puntuaciones en alexitimia (Páez, Velasco et al., 1999) o pacientes con altas puntuaciones en conductas de evitación (Kenardy, 2006).

#### **1.4.6.3. *El efecto del tiempo entre sesiones de RE***

Chung y Pennebaker (2008), quisieron conocer el efecto de las variaciones en el espacio temporal entre las sesiones de RE. Ciento seis participantes fueron asignados aleatoriamente a una de las cuatro condiciones experimentales: escribir tres veces en una hora con descansos de 10 minutos, escribir tres veces en tres horas con 35 minutos

de descanso, escribir tres veces durante tres días con 24 horas de descanso o grupo control. Se obtuvieron medidas de salud, pensamientos intrusivos y conductas de evitación. Además, se realizaron análisis de los contenidos de los escritos de RE y los participantes evaluaron el procedimiento de RE. Los resultados mostraron que los participantes que escribían durante una hora o tres días puntuaban sus escritos como más significativos que aquellos que lo hacían durante tres horas o los del grupo control. Las tres condiciones de RE presentaban más palabras emocionales negativas, positivas y cognitivas o del pensamiento (asociadas a procesos cognitivos) que el grupo control. La condición de una hora era la que más sentimientos de depresión o tristeza presentaba y la de tres días era evaluada como más fácil de hacer y menos desagradable. Los participantes de las tres condiciones de RE afirmaban que ésta les ayudó a entender mejor las transiciones vitales. Además, tanto la condición de una hora como la de tres días presentaron cambios significativos en el nivel de salud comparadas con el grupo control y la condición de tres horas.

#### **1.4.6.4. *El efecto de la situación experimental de la RE***

Corter y Petrie (2008), se interesaron en conocer cómo la manipulación de variables contextuales, como el lugar y la forma de dar las instrucciones, influyen en la eficacia de la RE. Se asignó aleatoriamente a 76 participantes (59 mujeres y 17 hombres) a tres condiciones experimentales distintas: una primera, en la que los participantes se encontraban en una habitación iluminada y despejada, y las instrucciones aparecían en la pantalla de un ordenador; una segunda condición, con una habitación decorada y poco iluminada, con instrucciones por ordenador; y la tercera condición, con una habitación decorada, poco iluminada y con instrucciones entregadas

por el experimentador, similar a una situación de confesión. Todas las condiciones experimentales se componían de una sesión de 30 minutos. Se midió el nivel de síntomas físicos, depresión, salud, se realizaron análisis de los contenidos de los escritos de RE y los participantes evaluaron el procedimiento de RE. Aunque no encontraron diferencias en salud, síntomas físicos y depresión entre los grupos, los participantes de la situación de confesión evaluaron la experiencia como más valiosa y mostraron un menor número de palabras de indecisión, exclusión y negación.

#### **1.4.6.5. *El efecto de las instrucciones de RE***

Danoff-Burg, Mosher, Seawell y Agee (2010), se plantearon crear unas instrucciones para aumentar los beneficios de salud obtenidos con el paradigma tradicional. Las instrucciones que generaron se centraban en los aspectos organizativos y estructurales de la narración, en las que se solicitaba describir las circunstancias (quién, cuándo, qué, dónde, por qué y cómo) que condujeron a lo que ocurrió, el evento y el resultado de éste. Ciento un participantes (53 mujeres y 48 hombres) escribieron durante tres días, 20 minutos con el paradigma de RE tradicional, con las nuevas instrucciones o sobre situaciones triviales. Obtuvieron medidas de depresión y estrés, el número de visitas médicas y la evaluación de los participantes del procedimiento de RE. El grupo de RE clasificó sus ensayos como más personales y significativos, mientras que el grupo de nuevas instrucciones mostró una mayor estructura en sus relatos. El grupo de RE y el de nuevas instrucciones mejoraron su ajuste psicológico, disminuyeron los niveles de estrés percibido y de depresión, aunque no mostraron una disminución de las visitas médicas. Parece que tanto el aumento de la estructura narrativa como de la emotividad facilitan la disminución de los niveles de malestar en el

seguimiento, por lo que se pueden suponer la existencia de mecanismos múltiples tras las mejoras encontradas en ambos grupos.

En resumen, la literatura existente sugiere que la RE de eventos negativos se realice de forma escrita o hablada (Lyubomirsky et al., 2006) y con periodos entre sesiones iguales o superiores a 24 horas, ya que genera menos desgaste emocional en el participante (Chung y Pennebaker, 2008). Finalmente, las instrucciones deben ser entregadas por un experimentador en un ambiente de confidencialidad, puesto que estas condiciones aumentan la percepción positiva del procedimiento por parte del participante (Cortier y Petrie, 2008).

Las conclusiones más importantes de la presente revisión de estudios sobre los efectos de la RE en población sana son las siguientes:

- La RE presenta efectos claros sobre la activación fisiológica, sobre la función inmune, medida a través de tres marcadores distintos (linfocitos T, anticuerpos del VEB y anticuerpos de la hepatitis B) y sobre el funcionamiento biológico, medido a través de dos marcadores diferentes (aspartato aminotransferasa y alanino aminotransferasa). Se observa una disminución de la activación fisiológica a lo largo de las sesiones de RE (Pennebaker et al., 1987; Petrie et al., 1995), de los niveles de aspartato aminotransferasa y alanino aminotransferasa (Francis y Pennebaker, 1992), de la concentración de los anticuerpos del VEB (Esterling et al., 1994) y un aumento de la concentración de los anticuerpos de la hepatitis B tras su vacunación (Petrie et al., 1995), asociados a las sesiones de RE.
- La RE genera mayores beneficios en aquellas personas que presentan una historia de trauma severo (Greenberg y Stone, 1992).

- La RE produce reducciones de los síntomas de estrés postraumático, de forma marginal, y de los síntomas depresivos (Sloan y Marx, 2004a), que se diluyen a lo largo del tiempo (Sloan et al., 2009).
- La RE mejora el ajuste a la universidad y las notas promedios en estudiantes universitarios (Pennebaker et al., 1990; Pennebaker y Francis, 1996). Adicionalmente, en épocas de examen, la RE reduce los síntomas depresivos asociados, disminuye el efecto nocivo de los pensamientos intrusivos relacionados con el examen y mejora el rendimiento (Lepore, 1997).
- Algunas variaciones de la RE, como la narración de traumas imaginarios, pueden mostrar cierta eficacia en la reducción de los síntomas físicos (Greenberg et al., 1996).
- La adición de elementos de autorregulación al procedimiento de RE tradicional pueden mejorar la eficacia de la RE en personas con tendencia pesimista y la utilización de elementos de afrontamiento puede amortiguar el estrés de los eventos traumáticos vividos (Cameron y Nicholls, 1998).
- El apoyo social no es tanto un factor que añade eficacia a la RE, sino que la invalidación social, sí puede influir como un elemento capaz de diluir los efectos beneficiosos de la RE (Lepore et al., 2000).
- Elementos adicionales dentro del procedimiento de RE como componentes de asimilación y comprensión no parecen aumentar tampoco su eficacia (Sloan et al., 2007).

- Ni la versión positiva de la RE (mejor futuro posible) propuesta por Yogo y Fujihara (2008), ni la adición de elementos positivos puesta a prueba en el estudio de Lu y Staton (2010) igualan o mejoran, respectivamente, la eficacia del procedimiento tradicional de RE.
- La adición de un elemento de religiosidad al procedimiento tradicional de RE muestra beneficios limitados, si bien aumenta su eficacia en la reducción de síntomas graves de estrés postraumático, especialmente en mujeres (Chen, 2005).
- La literatura hasta el momento no ha encontrado datos congruentes en cuanto al papel de la alexitimia en la RE, mientras que en algunas investigaciones las personas con altas puntuaciones se benefician especialmente de la RE (Baikie, 2008), en otras no se encuentran diferencias (Nandagopal, 2008). Un dato que sí parece especialmente relevante para la aplicación de la RE en personas con altas puntuaciones en alexitimia, es que procedimientos cortos de RE puede generar efectos iatrogénicos especialmente en esta población (Páez, Velasco et al., 1999).
- Son pocas las modificaciones de la RE que sumen eficacia al procedimiento tradicional. Tan solo el optimismo, la alexitimia, el pensamiento obsesivo y la evitación parecen jugar un papel modulador de la RE, que en la mayor parte de los casos se manifiesta como limitaciones en la aplicación para no generar efectos iatrogénicos.
- La RE de eventos negativos se debe realizar de forma escrita o hablada (Lyubomirsky et al., 2006) y con periodos entre sesiones iguales o

superiores a 24 horas, ya que genera menos desgaste emocional en el participante (Chung y Pennebaker, 2008).

- Las instrucciones de RE deben ser entregadas por un experimentador en un ambiente de confidencialidad, puesto que estas condiciones aumentan la percepción positiva del procedimiento por parte del participante (Cortner y Petrie, 2008).

Aunque hasta el momento, el mayor número de estudios de RE se han realizado en muestras de personas sanas, existe un interés creciente sobre el efecto de la RE sobre poblaciones clínicas. A continuación se mostrará una revisión sobre estos grupos poblacionales.

### **1.5. Estudios con población clínica**

La RE también se ha aplicado en muestras de personas que han sufrido una situación altamente traumática o estresante o que padecían algún tipo de patología o enfermedad previa, con la finalidad de que la RE, directa o indirectamente, repercutiera en los niveles de bienestar físico y psicológico y en la calidad de vida de estos pacientes. Así, se ha aplicado en personas que están viviendo experiencias de duelo, pacientes con historia de abusos sexuales, personas que han vivido un atentado, pacientes de cáncer, fibromialgia, psoriasis, migrañas y asma, entre otras afecciones. A continuación se muestra una serie de estudios realizados con estas poblaciones.

#### **1.5.1. El efecto de la RE sobre procesos de duelo**

Posiblemente uno de los grupos poblacionales en los que se ha aplicado el procedimiento de RE con mayor frecuencia ha sido el de aquellas personas que han sufrido una pérdida personal y se encuentran en un proceso de duelo.

Así, Range, Kovac y Marion (2000), estudiaron el efecto de la RE, con un procedimiento de 15 minutos durante tres días, sobre las experiencias de duelo tras una muerte súbita no intencionada, en 64 estudiantes universitarios (51 mujeres y 13 hombres) en los que controlaron la cercanía con la persona fallecida. Midieron los niveles de afecto, depresión, pensamientos intrusivos, conductas de evitación, experiencia y recuperación del dolor. Observaron que todos los participantes, independientemente de que hubiesen sido asignados al grupo de RE o de narración de situaciones triviales, disminuyeron su dolor, ansiedad y depresión durante los dos meses de seguimiento. Pocos resultados más fueron significativos, ya que no existieron



diferencias significativas entre los grupos en el número de visitas médicas ni en la disminución del dolor o de los niveles de depresión. Tan sólo el nivel de ansiedad se redujo en el grupo de RE.

Posteriormente, Stroebe, Stroebe, Schut, Zech y van den Bout, en 2002, tomaron medidas del nivel de revelación de pensamientos y sentimientos a otras personas, y de salud en 128 personas viudas (105 mujeres y 23 hombres) en seguimientos a los cuatro, 11, 18 y 25 meses. Realizaron medidas de salud, intrusión, evitación y depresión. Observaron que el malestar por la pérdida disminuía a los dos años y que el intercambio de pensamientos y sentimientos con otras personas después de una pérdida no se asociaba a reducciones de la sintomatología depresiva, ni tan siquiera facilitaba el ajuste. Con 119 personas viudas (66 mujeres y 53 hombres) de la muestra anterior realizaron un segundo estudio. Asignaron a los participantes a una de las cuatro condiciones experimentales: RE emociones asociadas con la pérdida, RE pensamientos asociados a la pérdida, RE de emociones y pensamiento o no escribir. Los datos no mostraron beneficios de la RE en personas que se encontraban en un proceso de duelo.

O'Connor, Allen y Kaszniak (2005) seleccionaron a 29 viudos (25 mujeres y 4 hombres) y los asignaron aleatoriamente a un grupo de RE, en el que en el primer día narraban sus pensamientos y sentimientos asociados a la pérdida, el segundo día dirigían una carta a la persona fallecida expresando sus pensamientos y emociones, y en el tercer día escribían sobre cómo había afectado la pérdida a su vida, a sus relaciones y a sus prioridades; o a un grupo control, en el que narraban situaciones triviales en las tres sesiones. Tomaron medidas de depresión, ansiedad, intrusión, evitación y afecto. Como en estudios anteriores (Stroebe et al., 2002), no encontraron diferencias por pertenecer al grupo de RE. Sin embargo, la muestra obtuvo mejoras en el bienestar psicológico por el impacto del paso del tiempo, puesto que disminuyeron sus niveles de

depresión, ansiedad y afecto negativo, así como el número de pensamientos intrusivos y de conductas de evitación, al tiempo que aumentó su nivel de afecto positivo.

De acuerdo con los resultados expuestos, el procedimiento de RE parece ineficaz, cuando no genera efectos contraproducentes, en personas que se encuentran en un proceso de duelo, ya que o no mejora su estado físico y emocional o frena el proceso normal de recuperación (O'Connor et al., 2005; Range et al., 2000; Stroebe et al., 2005).

### **1.5.2. El efecto de la RE sobre personas con historia de abusos sexuales**

Otra población en la que se ha aplicado el procedimiento RE ha sido la de mujeres con historia de abuso sexual en la infancia. Los resultados obtenidos en este campo van en la misma línea que los hallados en personas que se encuentran en un proceso de duelo.

Batten, Follette, Hall y Palm (2002), seleccionaron a 59 mujeres con historia de abuso sexual en la niñez. Veintisiete participantes formaron parte del grupo control y 32 del grupo de RE. El primer grupo escribió durante tres sesiones de 20 minutos sobre la gestión de su tiempo; mientras que el grupo de RE escribió el primer día sobre los pensamientos y sentimientos asociados al abuso, el segundo día se amplió con las creencias sobre sí misma y el tercer día sobre las creencias sobre el mundo. Se tomaron medidas de salud, depresión, malestar psicológico y afectividad. Los resultados de este estudio no son favorables en cuanto al uso de la RE en personas con historia de abuso, ya que no se encontraron diferencias significativas ni en la utilización de recursos médicos ni en la sintomatología física. Además, la tendencia que mostraron los resultados manifestó una reducción de los síntomas en el grupo control y un aumento en

el grupo de RE. En cuanto al malestar psicológico, los resultados obtenidos fueron similares. No se encontraron diferencias significativas en malestar psicológico entre los grupos experimentales, pero la tendencia de los resultados mostró que mientras el grupo control reducía su malestar psicológico y sus síntomas depresivos, el grupo de RE los mantuvo estables. Parece que en este caso, el uso de la RE no fue recomendable, ya que mientras el grupo control mostraba ligeras mejoras debidas a la influencia del paso del tiempo, en el grupo experimental se frenaban estos progresos.

Dentro de la investigación sobre los efectos de la RE en personas víctimas de abusos sexuales, Kearns, Edwards, Calhoun y Gidycz (2010), esperaban que, dentro del paradigma de RE, aquellas mujeres con historia de abuso sexual que presentasen inicialmente altos niveles de estados de ánimo negativo, mostrarían mayores reducciones del estado de ánimo negativo a lo largo de las sesiones, así como reducciones en los síntomas físicos, los problemas psicológicos y de salud. También consideraban que se produciría una reducción de síntomas de estrés postraumático. Setenta y una mujeres fueron divididas en los dos grupos tradicionales: el grupo de RE sobre el trauma y el grupo control. Todas las participantes completaron cuatro sesiones de 30 minutos, con una frecuencia de dos sesiones por semana. Se midieron los niveles de malestar psicológico, estrés postraumático, salud física y afecto. El grupo de RE disminuyó el estado de ánimo negativo a lo largo de las sesiones, pero no se encontraron otras diferencias con el grupo control. No obstante, la muestra completa obtuvo beneficios con el paso del tiempo, se obtuvieron reducciones en los niveles de malestar psicológico y los síntomas de estrés postraumático, y se aumentaron sus niveles de salud física.

Aunque son pocos los estudios de RE en personas con historia de abusos sexuales, la RE es poco eficaz e, incluso, presenta efectos secundarios no deseados (Batten et al., 2002; Kearns et al., 2010).

### **1.5.3. El efecto de la RE sobre personas que han vivido un atentado**

La vivencia de atentados es uno de los eventos “objetivo” de la investigación de la RE. Así, Fernández y Páez (2008) tras los atentados del 11 de marzo de 2004 en Madrid quisieron conocer los efectos de esta vivencia y el efecto de la RE en personas que han pasado por este tipo de experiencias. Seleccionaron a 607 personas, el 34% eran estudiantes y el 66% población general. El 5,3% de la muestra estaba compuesta por personas que habían sido afectadas directamente por los atentados y el 26% conocían a alguien afectado. Se dividió a la muestra en dos condiciones experimentales: RE y grupo control en el que narraban eventos sociales. Todos los participantes completaron tres sesiones, una semanal, de 10-15 minutos. Se tomaron medidas de afecto y activación emocional, y se realizaron análisis de los escritos de RE. Los participantes que mostraron más emociones negativas relacionadas con el evento en las medidas de la línea base, obtuvieron mayores beneficios en el seguimiento. Los participantes del grupo de RE disminuyeron sus emociones negativas, aunque mantuvieron de forma estable las emociones positivas. Finalmente, aquellos participantes que mostraron más emociones positivas en la primera semana de RE, disminuyeron de forma más acentuada su afecto negativo, lo que podría indicar que una reformulación positiva de los eventos traumáticos podría aliviar el impacto de este tipo de vivencias. Aun así, se debe ampliar los estudios al respecto, ya que parte de la investigación ha mostrado una eficacia limitada (Yogo y Fujihara, 2008; Lu y Staton, 2010).

#### **1.5.4. El efecto de la RE sobre personas que padecen insomnio**

Otros grupos de investigación se centraron en el efecto de la RE sobre trastornos del sueño, un tipo de alteración frecuentemente vinculada a la vivencia de situaciones de estrés y a las vivencias de traumas. Mooney, Espie y Broomfield (2009) se interesaron por la aplicación de la RE en el trastorno del sueño más prevalente, el insomnio. Consideraban que la RE sería capaz de reducir la activación cognitiva antes de dormir, así como la latencia de inicio del sueño en pacientes con insomnio primario (queja que dura al menos un mes de dificultades en iniciar o mantener el sueño o de que éste no sea reparador; American Psychiatric Association, 1994). Seleccionaron a 28 pacientes con este trastorno, 14 cumplieron tres sesiones consecutivas de 20 minutos de RE en las que tenían que escribir sobre las ideas, dudas y preocupaciones que se le presentaban en la tarde, y 14 participantes que completaron dos cuestionarios sobre preocupaciones. Se tomaron medidas de actigrafía y los participantes cumplieron diarios de sueño. Con la finalidad de controlar el efecto de las expectativas, se informó a todos los participantes de que no debían esperar beneficios en el sueño debidos al procedimiento. La RE fue eficaz para disminuir la activación, pero no la latencia del sueño. En este caso en concreto, puede haber influido en los resultados el hecho de que se dio una contrademanda a los participantes en la que se les informaba de que no debían esperar mejoras del sueño.

### **1.5.5. El efecto de la RE sobre personas que padecen cáncer**

Una de las enfermedades más ampliamente estudiadas dentro de este campo es el cáncer, específicamente, el cáncer de mama.

Graves et al. (2005), seleccionaron a 25 pacientes con cáncer de mama, con independencia del estadio (excepto en fase terminal IV), y 25 mujeres sanas comparables en edad, nivel educativo y nivel de inglés, que fueron asignadas a un grupo de RE hablada u otro en el que narraban un evento positivo (grupo RE evento positivo), durante una sesión de 20 minutos. Observaron que el procedimiento fue emocionalmente más intenso para el grupo de mujeres con cáncer que para las participantes sanas. Además, las mujeres con cáncer mostraron más palabras emocionales negativas y usaron menos palabras de inhibición dentro del procedimiento de RE que las mujeres asignadas al grupo control.

Low, Stanton y Danoff-Burg, en 2006, seleccionaron a 60 mujeres con cáncer de mama en fase I y II. Las participantes formaron parte del grupo RE, del grupo de narración de eventos positivos, o del grupo control, en el que narraban hechos relacionados con el cáncer y con su tratamiento. Esperaban que las participantes del grupo de RE disminuyeran su frecuencia cardíaca a lo largo de las sesiones y que, tanto un alto nivel de afecto positivo, como de palabras cognitivas, mediarían en los cambios en el nivel de salud de forma positiva. Tomaron medidas de salud, frecuencia cardíaca y afecto, y se realizaron análisis de los contenidos de los escritos de RE. Como esperaban, encontraron una mayor habituación de la frecuencia cardíaca a lo largo de las sesiones que se asoció con un menor número de síntomas físicos. Sin embargo, en el grupo control se encontró un mayor número de palabras emocionales negativas y fueron éstas las que se asociaron a la presencia de menos síntomas físicos.

En la misma línea, Creswel et al. (2007) se plantearon que escribir sobre las emociones produce autoafirmación, procesamiento cognitivo y descubrimiento del significado, y cómo estos procesos afectan a la salud en pacientes con cáncer de mama en fase I y II. Seleccionaron a 63 pacientes y las asignaron aleatoriamente a un grupo de RE, a un grupo de narración de eventos positivos o a un grupo control, en el que se narraban hechos relacionados con el cáncer y su tratamiento. Midieron los niveles de satisfacción vital, afecto y síntomas físicos, y se realizaron análisis de los contenidos de los escritos de RE. Encontraron que la autoafirmación (evaluación positiva del propio control) puede actuar como un mecanismo psicológico que potencia los beneficios de la RE. Así, la expresión emocional mediaba la autoafirmación y ésta los beneficios en los síntomas físicos. Estos autores apuntaron a que puede que la autoafirmación dentro del paradigma de RE tenga un efecto protector de la salud en población de riesgo.

A la par, Laccetti (2007) se interesó por conocer la relación entre el uso de palabras emocionales dentro de un procedimiento de RE y la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama en fase IV (metástasis). Durante cuatro días, 68 mujeres con cáncer de mama participaron en un procedimiento de RE en que narraban sus pensamientos y emociones sobre el cáncer, el afrontamiento de la muerte o cualquier otra situación traumática vivida. Midieron los niveles de bienestar psicológico, familiar, social, emocional y funcional, y realizaron análisis de los contenidos de los escritos de RE. Encontró que el uso de palabras emocionales positivas dentro de este paradigma se relaciona con un mayor bienestar emocional y con un nivel de preocupación más bajo.

Low, Stanton, Bower y Gyllenhammer (2010) trabajaron con 62 mujeres con cáncer de mama en fase IV. Consideraban que la RE podría reducir el malestar y mejoraría la salud física de estas mujeres. Estudiaron también el papel del apoyo social y del tiempo de diagnóstico en la eficacia de la RE. Sesenta y dos mujeres completaron

cuatro sesiones de RE de 30 minutos a lo largo de tres semanas. Se tomaron medidas de depresión, intrusión, evitación, calidad de sueño y soporte emocional percibido. En general, la RE no redujo el malestar psicológico (depresión, intrusión, problemas de sueño y síntomas somáticos) ni mejoró la salud de estas mujeres, si bien es verdad que la mayoría había estado o estaba en un programa de apoyo psicológico. Parece que las mujeres que obtuvieron mayores beneficios de la RE fueron aquellas que habían recibido el diagnóstico recientemente, ya que reducían sus síntomas somáticos; sin embargo, en aquellas mujeres que tenían un diagnóstico anterior no solo no obtenían mejoras sino que la RE generaba daño sobre la calidad del sueño. Finalmente, otro factor que aumentó la eficacia de la RE fue el apoyo social, definido como el apoyo emocional percibido por la paciente de su familia, pareja y amigos en el proceso de enfermedad. Aquellas mujeres que presentaban bajo apoyo social reducían más sus pensamientos intrusivos relacionados con el cáncer tras completar las sesiones de RE.

En general, parece que la presencia de palabras emocionales negativas durante las sesiones de RE y la habituación fisiológica a lo largo de las sesiones, se relaciona con mejoras en mujeres con cáncer de mama (Low et al. 2006). Sin embargo, en personas con cáncer avanzado, que deben afrontar la cercanía de la muerte, son las palabras emocionales positivas las que predicen mejoras (Laccetti, 2007). Finalmente, las mujeres con bajo apoyo social y diagnóstico reciente son las que más se podrían beneficiar de este procedimiento (Low et al, 2010).

Varios grupos de investigación se han centrado en la eficacia de la RE sobre enfermedades físicas en las que el estrés sirve, en ocasiones, de potenciador o disparador de los síntomas. A continuación se muestra una serie de estudios relacionados.



### **1.5.6. El efecto de la RE sobre personas con asma, fibromialgia y psoriasis**

Harris, Thoresen, Humphreys y Faul (2005) se interesaron por el efecto de la RE sobre personas diagnosticadas de asma. Seleccionaron a 137 adultos asmáticos y durante tres sesiones de 20 minutos, a razón de una sesión por semana, formaron parte del grupo de RE tradicional, de un grupo de narración de eventos positivos (RE evento positivo) o del grupo control. Se tomaron medidas de volumen de espiración forzada en un segundo y de capacidad vital forzada. Observaron que tanto los participantes del grupo de RE tradicional como los de RE evento positivo aumentaron en más de un 12% su volumen de espiración forzada.

Broderick, Junghaenel y Schwartz (2005) reclutaron a 114 mujeres diagnosticadas con fibromialgia. Las participantes formaron parte del grupo de RE, en el que el primer día narraban sus pensamientos y sentimientos asociados a su enfermedad; el segundo día, el efecto que había tenido la enfermedad en sus creencias y en su forma de ver la vida; y en el tercer día, escribían también sobre los nuevos conocimientos y puntos de vista que les había aportado esta vivencia. Otro grupo formó el grupo control, en el que narraban situaciones triviales. Se tomaron medidas de calidad de vida, ansiedad, depresión, dolor, fatiga y salud. Se observó que las participantes que formaban parte del grupo de RE redujeron sus niveles de dolor, fatiga y depresión.

Paradisi et al. (2010) se plantearon conocer si distintos procedimientos de RE afectaban a los resultados de una intervención clínica estandarizada para la psoriasis, como es la fototerapia con ultravioleta B de banda estrecha. Escogieron la psoriasis como enfermedad de estudio ya que es una enfermedad inmune de la piel que se exacerba por el estrés. Seleccionaron a 78 pacientes con psoriasis con al menos un 10%

de la superficie corporal dañada y con fototerapia programada. Los participantes fueron asignados a un grupo de RE sobre la psoriasis o a un grupo en el que narraban su futuro ideal. Completaron tres sesiones de 20 minutos en días consecutivos. Se evaluaron los índices de severidad, área afectada por la psoriasis, salud, bienestar psicológico y calidad de vida. Observaron que los participantes asignados al grupo de RE presentaban remisiones de la enfermedad más duraderas tras las sesiones de fototerapia y mayores beneficios psicológicos y clínicos, así como de salud persistentes.

De acuerdo con los datos mostrados en las últimas investigaciones, parece que la RE puede llegar a ser un procedimiento de intervención adicional en enfermedades en las que el estrés juegue un papel como potenciador o disparador de los síntomas. Así, la RE se muestra eficaz en personas con asma (Harris et al., 2005), fibromialgia (Broderick et al., 2005) y psoriasis (Paradisi et al., 2010), a través de la reducción de sus síntomas o del aumento del tiempo de remisión de estas enfermedades.

#### **1.5.7. El efecto de la RE sobre personas que padecen procesos dolorosos**

Otra parte del interés científico se ha centrado en el efecto de la aplicación de la RE sobre el dolor. Los procesos dolorosos, tanto en sus manifestaciones agudas como en las más crónicas, se caracterizan por el deterioro del funcionamiento normal de la persona.

Por un lado, D'Souza, Lumley, Karft y Wayne (2008) se plantearon que tanto la relajación como la RE serían eficaces en la mejora de la cefalea tensional y de la migraña. Seleccionaron a 141 participantes, 51 con cefalea y 90 con migraña, y los asignaron a la condición de cuatro sesiones de 20 minutos de RE, a la condición de

cuatro sesiones de relajación o al grupo control. Se tomaron medidas de la frecuencia, severidad y discapacidad de los dolores, los síntomas físicos y el afecto. Observaron que la relajación obtuvo mejores resultados que el grupo control y el grupo de RE en personas con cefalea tensional. La relajación fue eficaz en el aumento de la sensación de calma y en la disminución del afecto negativo en ambos tipos de dolor de cabeza. Sin embargo, la RE tuvo un efecto inmediato, aumentó el afecto negativo y disminuyó la sensación de calma. La relajación fue eficaz en la reducción del dolor y de los síntomas físicos, al menos en las personas que padecían cefaleas. La RE, no obstante, no produjo beneficios en ninguno de los dos tipos de dolores de cabeza.

Por otro lado, Graham, Lobel, Glass y Lokshina (2008) quisieron observar si aquellos pacientes con dolor crónico que participaran en un procedimiento de RE y mostraran su ira, presentarían una mayor construcción del significado (reflexión y entendimiento de las causas y consecuencias) de la vivencia que se asociaría a beneficios en el estado de ánimo depresivo, así como en el control e intensidad del dolor. Parte de la muestra completó un procedimiento de RE en el que se solicitaba durante dos sesiones de 20 minutos que expresaran su ira, la explicaran y buscaran qué podían hacer para sentirse mejor; y otra parte de la muestra, completó dos sesiones en las que explicaban sus planes para el día siguiente. Se tomaron medidas de ansiedad, depresión, actitud hacia el dolor y severidad del dolor. El grupo de RE aumentó su percepción de control del dolor y disminuyó el estado de ánimo deprimido. Asimismo, disminuyó marginalmente el dolor. Estas reducciones se veían moduladas por la cantidad de ira expresada en las sesiones de RE y no tanto por la tristeza o la ansiedad manifestada.

Aunque son pocos los estudios, los resultados obtenidos hasta el momento sobre la aplicación de la RE sobre el dolor presentan conclusiones inciertas. En contra de los

datos aportados por el estudio de Broderick et al. (2005), en el que encontraron reducciones del dolor en pacientes con fibromialgia, los últimos estudios citados parecen indicar que la RE no se muestra eficaz en la reducción de las cefaleas, las migrañas (D'Souza et al., 2008) o del dolor crónico (Graham et al, 2008). Sin embargo, la RE sí se muestra eficaz en el aumento de la percepción de control y la disminución del estado de ánimo depresivo en personas con dolor crónico (Graham et al, 2008).

Otras limitaciones o alteraciones físicas, como las lesiones en deportistas de élite o la infertilidad en mujeres que se someten a un tratamiento de transferencia embrionario, generadoras de estrés en la población que lo padece, han sido foco de estudio.

#### **1.5.8. El efecto de la RE sobre deportistas de élites lesionados**

En este sentido, Mankad, Gordon y Wallman (2009) reclutaron a 15 deportistas de élite lesionados gravemente y los sometieron a un procedimiento de RE en el que escribían durante tres sesiones de 20 minutos sobre las emociones y pensamientos asociados a la lesión. Tomaron medidas de estrés, intrusión, evitación, afecto y de parámetros inmunológicos. Los resultados obtenidos fueron muy prometedores. Los participantes mejoraron su bienestar psicológico a través de una disminución del estrés y de los trastornos del estado de ánimo. Además, aumentaron su comprensión de la lesión y mejoraron su función inmune, que se reflejó en el aumento de linfocitos CD4+.

### **1.5.9. El efecto de la RE sobre mujeres con tratamientos para la infertilidad**

Por otro lado, Panagopoulou, Montgomery y Tarlatzis (2009) se plantearon si la RE podía reducir el estrés en mujeres que se estaban sometiendo a un procedimiento de tratamiento de la infertilidad, justo tras la transferencia embrionaria. Ciento cuarenta y ocho mujeres fueron asignadas aleatoriamente a los grupos de RE sobre las emociones asociadas, de RE sobre los hechos asociados o al grupo control. Completaron siete sesiones de 20 minutos a lo largo de una semana. Tomaron medidas de ansiedad, afecto, estrés e infertilidad. No observaron diferencias entre las condiciones experimentales. Es posible que en este caso la RE no obtuviese beneficios dado que las participantes no percibían el momento concreto de la transferencia embrionaria como un evento estresante, sino más bien como una solución a su infertilidad y, por tanto, la experimentasen de forma positiva.

A pesar de los escasos trabajos en este campo, los datos indican que la RE puede generar beneficios en personas con alteraciones físicas, siempre que estas situaciones se hayan convertido en una fuente de estrés.

### **1.5.10. El efecto de la RE sobre personas que presentan el virus de la inmunodeficiencia humana**

Varios grupos se interesaron por el efecto de la RE sobre personas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), una enfermedad que actualmente se ha convertido en crónica (en el denominado primer mundo), pero que sigue generando estigma y discriminación y, por tanto, continúa siendo difícil compartir con los demás.

Rivkin, Gustafson, Weingarte, y Chin (2006) pusieron a prueba la eficacia de la RE sobre una muestra de pacientes con VIH. Setenta y nueve participantes (57 hombres, 21 mujeres y un transexual) formaron parte de un grupo de RE de la enfermedad donde debían narrar sus emociones y pensamientos más profundos asociados al VIH en una sesión de escritura de 20 minutos, o del grupo control, en el que narraban en una sesión de 20 minutos qué habían hecho en las últimas 24 horas. Se tomaron medidas de apoyo social, depresión, estrés y respuesta inmune, y se realizaron análisis de los contenidos de los escritos de RE. En general, no se encontraron cambios en los niveles de depresión, ni de afecto positivo o negativo en los seguimientos realizados a los dos y a los seis meses. Sin embargo, aquellos participantes que en sus narraciones mostraron mayor elaboración cognitiva sobre la enfermedad, presentaban mejores resultados en su función inmune en el seguimiento.

Wagner, Hilker, Hepworth y Wallston (2010) se interesaron por los niveles de bienestar y salud autoinformada de personas con VIH que participaban en una tarea de RE y por el papel de la adaptación cognitiva en la consecución de estos beneficios. La muestra estuvo compuesta por 44 personas con VIH, que fueron asignados aleatoriamente al grupo de RE o al grupo control. Completaron el procedimiento durante cuatro semanas en las que tenían una sesión de 20 minutos semanal. Se evaluaron los niveles de afecto, estrés percibido, calidad de vida, adaptación cognitiva y sensación de coherencia. Este trabajo no arrojó ninguna diferencia entre las dos condiciones experimentales en personas con VIH.

La RE, en general, no modifica la salud o el bienestar de las personas que padecen VIH (Wagner et al., 2010), excepto cuando ésta favorece una mayor elaboración cognitiva sobre la enfermedad, situación en la cual mejora la función inmune de estos pacientes (Rivkin et al., 2006).

### **1.5.11. El efecto de la RE sobre personas con trastornos relacionados con sustancias**

Otro campo de investigación de la RE que se ha mostrado prometedor ha sido la aplicación sobre personas con adicción. Por un lado, se ha aplicado en personas que se someten a un proceso de deshabituación tabáquica y, por otro, en personas involucradas en un tratamiento intensivo para la dependencia a la cocaína.

Así, Ames et al. (2007) se interesaron por conocer el efecto de la RE en 196 adultos (110 mujeres y 86 hombres) fumadores interesados en dejar de fumar. Dividieron la muestra en un grupo de RE asociada al hábito de fumar y cómo éste se relaciona con sus problemas, y en un grupo control que escribió sobre la gestión del tiempo. Evaluaron los niveles de consumo de tabaco, estrés, afecto, cumplimiento y aceptación del tratamiento. Ambos grupos escribieron en su casa, durante tres sesiones de 20 minutos. Los resultados mostraron que aunque el grupo de RE muestra mayores tasas de abstinencia tras el procedimiento, estos beneficios se equiparan a los del grupo control en seguimientos realizados a las 24 y 52 semanas. Estos datos parecen indicar que las personas que están en un proceso de deshabituación tabáquica podrían beneficiarse de un uso prolongado del procedimiento de RE.

Por otro lado, Grasing, Mathur y Desouza (2010) quisieron determinar la utilidad de la RE en personas recuperadas de su drogodependencia. Consideraban que la RE podía reducir el *craving* o deseo de consumo de drogas. Cuarenta y dos participantes (41 hombres y una mujer) formaron parte del grupo control o del grupo de RE. Se tomaron medidas de *craving*, afecto, presión arterial, estrés percibido y síntomas psicopatológicos. Observaron que la RE aumentaba inicialmente la presión arterial y la

ideación paranoide, que disminuían tras las sesiones de RE. La disminución del *craving* se relacionó solo con las medidas previas de estrés vital.

Los datos de las investigaciones anteriores muestran que la RE podría disminuir el deseo de consumo y aumentar las tasas de abstinencia en personas que presentan una historia de consumo de tóxicos (Ames et al., 2007; Grasing et al., 2010), especialmente en aquellas personas con altos niveles de estrés percibido (Grasing et al., 2010). Por tanto, podría ser beneficiosa su aplicación, no solo puntual sino también prolongada, en poblaciones con estas patologías.

Las conclusiones más importantes de la revisión del efecto de la RE en poblaciones que han sufrido una situación altamente traumática o estresante o que padecían algún tipo de patología o enfermedad previa son las siguientes:

- El procedimiento de RE parece ineficaz, cuando no genera efectos contraproducentes, en personas que se encuentran en un proceso de duelo, ya que o no mejora su estado físico y emocional, o frena el proceso normal de recuperación (O'Connor et al., 2005; Range et al., 2000; Stroebe et al., 2005).
- En personas con historia de abusos sexuales, la RE es poco eficaz e, incluso, presenta efectos secundarios no deseados (Batten et al., 2002; Kearns et al., 2010).
- En pacientes que han vivido un atentado, la RE disminuye las emociones negativas relacionadas con el trauma. Además, aquellos participantes que muestran más emociones positivas en la primera sesión de RE, disminuyen de forma más acentuada su afecto negativo, lo que podría



indicar que una reformulación positiva de los eventos traumáticos podría aliviar el impacto de este tipo de vivencias (Fernández y Páez, 2008).

- En pacientes con insomnio, la RE parece eficaz para disminuir la activación, pero no la latencia del sueño (Mooney et al., 2009).
- La presencia de palabras emocionales negativas durante las sesiones de RE y la habituación fisiológica a lo largo de las sesiones, se relaciona con mejoras en mujeres con cáncer de mama (Low et al. 2006).
- En personas con cáncer avanzado, que deben afrontar la cercanía de la muerte, son las palabras emocionales positivas las que predicen mejoras (Laccetti, 2007).
- Las mujeres con bajo apoyo social y diagnóstico reciente de cáncer de mama son las que más se podrían beneficiar del procedimiento de RE (Low et al, 2010).
- La RE puede llegar a ser un procedimiento de intervención adicional en enfermedades en las que el estrés juegue un papel como potenciador o disparador de los síntomas. Así, la RE se muestra eficaz en personas con asma (Harris et al., 2005), fibromialgia (Broderick et al., 2005) y psoriasis (Paradisi et al., 2010), a través de la reducción de sus síntomas o del aumento del tiempo de remisión de estas enfermedades.
- La RE no se muestra eficaz en la reducción de las cefaleas, las migrañas (D'Souza et al., 2008) o del dolor crónico (Graham et al, 2008). Sin embargo, la RE sí se muestra eficaz en el aumento de la percepción de

control y la disminución del estado de ánimo depresivo en personas con dolor crónico (Graham et al, 2008).

- En deportistas de élite, la RE mejora el bienestar psicológico a través de una disminución del estrés y de los trastornos del estado de ánimo (Mankad et al., 2009).
- En pacientes en tratamiento para la infertilidad, la RE no se muestra eficaz (Panagopoulou et al, 2009). Es posible que en este caso la RE no obtengan beneficios dado que las participantes no perciban el momento concreto de la transferencia embrionaria como un evento estresante, sino más bien como una solución a su infertilidad y, por tanto, la experimenten de forma positiva.
- La RE, en general, no modifica la salud o el bienestar de las personas que padecen VIH (Wagner et al., 2010), excepto cuando ésta favorece una mayor elaboración cognitiva sobre la enfermedad, situación en la cual mejora la función inmune de estos pacientes (Rivkin et al., 2006).
- La RE podría disminuir el deseo de consumo y aumentar las tasas de abstinencia en personas que presentan una historia de consumo de tóxicos (Ames et al., 2007; Grasing et al., 2010), especialmente en aquellas personas con altos niveles de estrés percibido (Grasing et al., 2010). Por tanto, podría ser beneficiosa su aplicación, no solo puntual sino también prolongada, en poblaciones con estas patologías.

Tras la revisión de la literatura existente sobre las investigaciones más relevantes en el campo de la RE, tanto en población sana como en población clínica; a

continuación, se detallarán las diferentes explicaciones teóricas a los mecanismos subyacentes a la eficacia de la RE.

## **1.6. Teorías explicativas**

Hasta aquí, se han presentado un conjunto variado de estudios sobre la aplicación de la RE en distintas condiciones experimentales, sobre diferentes variables de resultados y sobre diferentes poblaciones. Una de las conclusiones más claras es que la RE tiene determinadas condiciones en las que parece especialmente eficaz, de la misma manera, existen limitaciones importantes en su eficacia en función del tipo de RE utilizada, las variables contextuales de su aplicación, la población a la que se aplica, o las variables de resultado que se toman en cuenta.

Y aunque, la literatura existente ha demostrado que aunque la RE se muestra eficaz en distintas poblaciones y patologías, el mecanismo que subyace a las mejoras que se producen tras la aplicación del procedimiento aún no está claro (Sloan y Marx, 2004b).

Producto de este estado de la cuestión, se han elaborado distintos modelos teóricos que han tratado de explicar las razones de por qué funciona la RE. Así, se han propuesto varias teorías que implican diversos mecanismos de acción. A continuación, se muestran distintas teorías con perfiles biologicista, psicológico y contextual, en función del principal foco de interés explicativo.

El siguiente resumen recapitula las teorías más influyentes dentro de la investigación de la RE y que podrían arrojar algo de luz a los mecanismos subyacentes a la RE.

### **1.6.1. Teoría de la inhibición**

Las primeras explicaciones de los beneficios de la RE provienen de las explicaciones de los beneficios de la catarsis. Freud sostenía que la inhibición emocional daba como resultado procesos de enfermedad. La idea de que la inhibición emocional puede conducir al malestar psicológico es una de las ideas de la psicología contemporánea más influyentes. La investigación sobre la regulación de las emociones ha demostrado que la supresión de la emoción aumenta la activación simpática, pudiendo ocurrir que la activación simpática crónica dé lugar a resultados adversos tanto físicos como psicológicos (Gross, 1998; Gross y Levenson, 1993, 1997).

Pennebaker (1989) propuso la anulación de la inhibición de las emociones como mecanismo de cambio asociado a la RE. Sugería que la inhibición de pensamientos y sentimientos acerca de un evento molesto es perjudicial, y que, por tanto, la expresión de los pensamientos y sentimientos inhibidos puede reducir el estrés y mejorar la salud física y psicológica.

En las primeras pruebas de la RE se animaba a los participantes a escribir sobre circunstancias que no habían hablado con otras personas o que les hacían sentir culpables (por ejemplo, Greenberg y Stone, 1992). Esta práctica se basaba en la idea de que los beneficios provenían de la desinhibición de acontecimientos que amenazaban el equilibrio del paciente y que, al menos parcialmente, permanecían ocultos en el inconsciente.

Diversos estudios mostraron cómo la desinhibición de pensamientos y sentimientos relacionados con eventos molestos o traumáticos, se asociaba a una activación fisiológica inicial, seguida de una habituación progresiva (Esterling et al., 1994; Francis y Pennebaker, 1992; Pennebaker y Beall, 1986; Pennebaker et al., 1987;

Petrie et al., 1995; Sloan y Marx, 2004a) y cómo este proceso se relacionaba con reducciones del estrés (Sloan y Marx, 2004a) y mejora de la salud física (Esterling et al. 1994; Francis y Pennebaker, 1992; Petrie et al., 1995) y psicológica (Sloan y Marx, 2004a).

Pronto se observó que la teoría de la inhibición podía no ser suficiente para explicar los beneficios de la RE. Francis y Pennebaker (1992) encontraron que los participantes con baja disposición a la restricción de emociones y pensamientos asociados a eventos estresantes, molestos o traumáticos, se beneficiaban más que los que presentaban una alta disposición a la restricción.

Greenberg y Stone, en 1992, no encontraron ningún beneficio en la escritura sobre un tema previamente no revelado a otras personas, frente a aquellos que sí habían sido revelados. Más aún, Greenberg et al. (1996) encontraron que la escritura de eventos traumáticos que no habían sido vividos generaba beneficios en salud al igual que la escritura de traumas reales. Si la desinhibición es la clave del éxito de la RE se esperarían resultados contrarios a los hallados. Con estos resultados, la teoría de la inhibición perdió fuerza como base explicativa de los beneficios de la RE.

### **1.6.2. Teoría de la adaptación cognitiva**

La teoría de la adaptación cognitiva parte de la idea de que el procesamiento de una experiencia traumática supone el cambio de los esquemas existentes. Por ejemplo, Janoff-Bulman (1992) sugirió que los seres humanos comparten tres supuestos básicos: (a) que son invulnerables, (b) que el mundo es comprensible y significativo, y (c) se observan a sí mismos desde una visión positiva. Inherente a estos supuestos se

encuentra la idea de que los demás son dignos de confianza, morales y compasivos, y las desgracias ocurren con poca frecuencia. Un evento traumático afecta a todos estos supuestos y es incompatible con estas creencias. Por lo tanto, afrontar una experiencia de este tipo requiere que la persona reestructure sus creencias para adaptarse a la nueva experiencia.

Horowitz (1986) sugiere que las personas buscan que la información de la experiencia traumática coincida con sus esquemas y modelos internos, y de este proceso resulta la reexperiencia de síntomas relacionados con el trauma vivido. La recuperación de una experiencia traumática supone que la persona resuelva sus disonancias cognitivas, a partir de la experiencia y los modelos internos.

Pennebaker et al., en 1990, se interesaron por conocer la percepción de los participantes sobre los mecanismos eficaces subyacentes al procedimiento de RE. En contra de lo esperado, la mayoría de los participantes, no citó la liberación de emociones y pensamientos como posible mecanismo relacionado con las mejoras obtenidas, sino que explicaron su utilidad a través de la formación de una idea completa de lo sucedido. Para obtener una explicación más detallada, Pennebaker (1993) desarrolló una aplicación informática para analizar el contenido de los escritos. A lo largo de la literatura se ha observado que los participantes que mayores beneficios obtenían a través del procedimiento de RE, aumentaban el uso de palabras de causalidad e *insight* a lo largo de las sesiones de escritura, es decir, aquellos que aumentaban sus explicaciones del trauma y de las emociones vividas y, por tanto, habían procesado el trauma (Nandagopal, 2008; Pennebaker, 1993; Pennebaker y Francis, 1996). Pennebaker (1993) concluyó que tras los beneficios de la RE se encontraba un mecanismo, a través del cual, se da sentido al evento, se obtiene una visión sobre el trauma y se organiza e integra el evento traumático dentro del esquema de uno mismo.

Sin embargo, estudios como el de Greenberg et al. (1996) desenmascaran las limitaciones de esta teoría, a través de la cual es imposible explicar los beneficios encontrados en participantes que narraban de forma repetida traumas imaginarios. Puesto que, según la teoría de la adaptación cognitiva, el efecto de la RE se produce por la reestructuración de los esquemas previos a través de la interacción de éstos con las experiencias vividas.

### **1.6.3. Teoría de la autorregulación**

La autorregulación se refiere a la capacidad de gestionar o encauzar las emociones de forma adecuada. Funciona como un sistema de control encargado de efectuar y supervisar los ajustes necesarios para obtener el equilibrio entre la experiencia emocional y las metas de referencia de cada uno. El verdadero desafío para la autorregulación, surge ante las situaciones y emociones no deseadas. Cuando una situación estresante amenaza el equilibrio emocional, el ser humano debe poner en marcha mecanismos de observación, expresión y control de las emociones para restablecer su homeostasis.

Lepore, Greenberg, Bruno y Smyth (2002), explicaron que la RE, tanto en el sentido tradicional como las variaciones más recientes y derivadas de la psicología positiva, se puede considerar como una experiencia de dominio que permite observar, expresar y controlar las emociones. Esta experiencia puede dar la posibilidad de adquirir un nuevo sentido o un sentido más fuerte de la autoeficacia en la regulación emocional. Los participantes pueden sentir que el trauma, el estrés y los desafíos son más controlables, lo que reduce los efectos negativos y mejora el bienestar. La tarea de RE



permite dar sentido a los eventos traumáticos, explorar las fuentes de las emociones y clarificar las metas.

Aunque estudios como el de Greenberg et al. (1996) en el que los participantes narraban traumas imaginarios suponen un reto para las teorías anteriores, que no pueden aportar una explicación clara para los resultados de este estudio, donde se observó un aumento del afecto negativo y una disminución del afecto positivo a corto plazo, así como una disminución de las visitas médicas, tanto en el grupo de RE de traumas reales como de RE de traumas imaginarios. Parece que, aunque el trauma no haya sido experimentado, el procedimiento de RE puede servir al participante como una forma de ensayar la expresión y control emocional, y por tanto, mejorar su capacidad de regulación emocional.

#### **1.6.4. Teoría de la exposición y del procesamiento emocional**

Las terapias expositivas y del procesamiento emocional tienen sus raíces en las teorías del aprendizaje. Una de las teorías del aprendizaje más influyentes en el tratamiento conductual de los trastornos de ansiedad es la teoría de los dos factores de Mowrer (1960). En esta teoría se sugiere que un estímulo aversivo incondicionado provoca una respuesta incondicionada (miedo y excitación). Otros estímulos neutros se emparejan (estímulos condicionados) con él, de tal manera, que los estímulos previamente neutros generan miedo y excitación (respuesta condicionada). Estas respuestas condicionadas se pueden transferir a otros estímulos a través de procesos de condicionamiento secundario, condicionamiento de orden superior y generalización. Este proceso ha sido empleado para explicar algunos de los síntomas de estrés postraumático (por ejemplo, Foa, Steketee y Rothbaum, 1989). Según Mowrer (1960),

el miedo condicionado prepara el escenario para otros comportamientos, cuya función es evitar o escapar de los estímulos que producen la respuesta de miedo condicionado (refuerzo negativo). Sobre la base de esta conceptualización, se desarrollaron técnicas terapéuticas diseñadas para exponer a las personas temerosas a los estímulos fóbicos. Foa y Kozak (1986) y, posteriormente, Foa, Huppert y Cahill (2006) afirmaron que los cambios cognitivos mediaban en la reducción del miedo observada durante la exposición. Sugieren que las técnicas de exposición reducen el miedo mediante la activación de las estructuras de miedo de los estímulos temidos y la presencia de información correctiva sobre los estímulos, las respuestas y sus significados. La terapia de exposición puede variar a través de diferentes dimensiones, como son el medio (en vivo o en imaginación), la duración de la exposición y el nivel de excitación obtenido (Meadows y Foa, 1999). Varios investigadores han sugerido que el paradigma de RE puede servir como un contexto que permite a las personas exponerse a los estímulos y recuerdos aversivos previamente evitados (Bootzin, 1997; Kloss y Lisman, 2002; Lepore et al., 2002; Pennebaker, 1997; Sloan y Marx, 2004b), con lo cual, puede reducir el malestar y ayudar a superar la tendencia a evitar los recuerdos, las emociones, las sensaciones fisiológicas y los pensamientos perturbadores (Haves, Wilson, Gifford, Follete y Strosahl, 1996; Marx y Sloan, 2002).

### **1.6.5. Teoría de la integración social**

La investigación sugiere que escribir o hablar sobre las experiencias traumáticas afecta a la forma en que las personas piensan sobre el trauma, sus emociones y sobre sí mismo. Pennebaker y Graybeal (2001), han encontrado, de forma repetida, que los participantes indicaron que escribir sobre sus acontecimientos traumáticos les hizo

pensar de forma diferente sobre ellos o les hizo darse cuenta de por qué se sentían así. Además, se ha observado que la RE reduce la frecuencia y el impacto de los pensamientos intrusivos sobre el trauma (Lepore, Wortman, Silver y Wayment, 1996).

Pennebaker y Graybeal (2001), argumentaron que los cambios cognitivos provocados por la RE afectan a las interacciones sociales de los participantes del procedimiento. Hablar con otras personas sobre las experiencias personales tendría dos funciones. La primera sería ayudar a la comprensión cognitiva del evento. La segunda sería social: cuando alguien habla con otras personas de sus experiencias, los alerta sobre el estado psicológico actual y, en definitiva, le permite seguir vinculado socialmente a los demás. Por el contrario, las personas que viven experiencias traumáticas y no lo comparten con sus amigos son más propensos a vivir en un estado aislado. En resumen, hablar sobre las experiencias emocionales puede ayudar a las personas a estar más integrados en sus redes sociales.

#### **1.6.6. Teoría de los marcos relacionales y la terapia de aceptación y compromiso**

La teoría de los marcos relacionales (RFT) es una teoría sobre el lenguaje y la cognición que sirve de base experimental a la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001; Wilson y Luciano, 2002)

Según esta teoría, el lenguaje presenta tales características positivas que ha permitido al ser humano alcanzar niveles de control extraordinarios sobre su entorno. Permite al ser humano predecir problemas, anticipar soluciones, relacionar información de diferentes ámbitos y utilizar todo esto para solucionar un problema en particular. Sin embargo, también el lenguaje es capaz de traer al presente situaciones pasadas desagradables y teñir el presente de sensaciones, emociones y pensamientos no

deseados, obsesionar con el futuro o el pasado, construir imágenes estáticas de personas o realidades que, en realidad, son cambiantes, etc. En resumen, el lenguaje es capaz de limitar el contacto con el presente, haciendo que el comportamiento sea más rígido (Gómez-Martín, López-Ríos y Mesa-Manjón, 2007).

Según la RFT, algunas características del lenguaje hacen que el sufrimiento psicológico sea muy común, entre ellas, el contexto de la literalidad o la capacidad para creer literalmente que los pensamientos, emociones y sensaciones marcan, y actuar en consecuencia; o la categorización, evaluación y comparación de la realidad, que implica dividir el mundo de una manera arbitraria, generando en muchas ocasiones un efecto de distancia o rechazo psicológico (Gómez-Martín et al., 2007).

Las implicaciones terapéuticas de esta aproximación tienen que ver con fomentar el distanciamiento respecto al contenido de nuestras emociones y pensamientos, y la aceptación de los mismos sin luchar o resistirse contra lo que es un hecho (Gómez-Martín et al., 2007). El procedimiento de RE puede servir de contexto para el ensayo de ese distanciamiento de las emociones y pensamientos, así como de la aceptación de las experiencias traumáticas vividas. En este sentido, Peñate, del Pino-Sedeño y Bethencourt (2010), plantean que estas teorías pueden explicar por qué la exposición repetida a un hecho evitado logra mejoras en el ajuste psicológico y físico, ya que a través de la RE se elimina la evitación, en este caso de los recuerdos y emociones asociados a vivencias traumáticas, clave del sufrimiento humano según esta orientación.

A continuación se muestra una tabla resumen de los procesos implicados y limitaciones de las teorías previamente citadas (ver tabla 1).

Tabla 1

*Teorías explicativas, procesos implicados y principales insuficiencias*

Teoría	Mecanismos implicados	Limitaciones
Teoría de la inhibición	Desinhibición de las emociones y pensamientos reprimidos (al menos de forma subconsciente)	Eficacia de la RE en personas que han compartido el trauma previamente
Teoría de la adaptación cognitiva	Resolución de las disonancias entre los esquemas previos y la nueva experiencia	Beneficios de la narración de traumas no vividos
Teoría de la autorregulación	Ajuste entre la experiencia y las propias metas	Baja eficacia de los procedimientos de RE a los que se les añade componentes de autorregulación explícita
Teoría de la exposición	Exposición a estímulos temidos	Beneficios de la exposición a traumas no vividos
Teoría de la integración social	Comprensión del trauma	Eficacia de procedimientos de RE muy cortos
Teoría de los marcos relacionales y terapia de aceptación y compromiso	Revinculación social Distanciamiento del contenido emocional y de los pensamientos asociados al evento  Aceptación del trauma  Disminución de la evitación	

En general, las teorías existentes son insuficientes en la explicación completa de los mecanismos subyacentes a la eficacia de la RE.

Tras la revisión de las teorías explicativas y posibles los procesos subyacentes de la eficacia de la RE se muestran las variables personales y contextuales en las que se ha centrado la presente investigación.

## **1.7. Variables personales y contextuales en la eficacia de la RE**

Una revisión teórica de la literatura de la RE (Sloan y Marx, 2004b) sugiere un conjunto de variables a tener en cuenta y que deben ser examinadas más a fondo por los investigadores de la RE. Entre estas variables destacan: la muestra empleada, las instrucciones de RE utilizadas, el tiempo de las sesiones, el número de las sesiones, el espaciamiento de las sesiones y el tiempo de escritura. En los apartados siguientes se desarrollan estas variables.

### **1.7.1. Variables del participante**

Las diferencias individuales entre los participantes pueden dar cuenta de algunas diferencias en el efecto de la RE. Estas diferencias pueden tomar la forma de variables demográficas (sexo, edad, etnia y educación), de variables de bienestar (nivel de estrés, humor o estado de salud físico), o de variables de personalidad, por ejemplo, neuroticismo, alexitimia, optimismo e inhibición emocional (Frattaroli, 2006). En este caso, nos vamos a centrar en dos variables de personalidad, alexitimia y optimismo, y una de bienestar psicológico, el nivel de estrés.

#### **1.7.1.1. *Alexitimia***

La variable de personalidad alexitimia ha recibido recientemente una importante atención dentro de la literatura científica como posible moderador de la RE. La alexitimia ha sido descrita como “un déficit o falta de capacidad para procesar y regular los estados emocionales a través de la utilización de mecanismos cognitivos como la

introspección, la fantasía y la imaginación” (Lumley et al., 2002, p. 83). Las personas que presentan altos niveles de alexitimia tienen problemas a la hora de reconocer las causas de sus sentimientos y experiencias y tienden a ser relativamente inexpresivas. Existen datos discordantes sobre en qué dirección influye la alexitimia a la eficacia de la RE.

Algunos autores han encontrado que las personas con dificultades para describir sus sentimientos presentan mayores beneficios en la reducción de las visitas médicas, de los síntomas de depresión y de los trastornos del sueño tras completar un procedimiento de RE (Baikie, 2008). Además, han observado que la RE debe facilitar un espacio, tanto temporal como contextual, a los participantes con altas puntuaciones en alexitimia para que puedan procesar con profundidad el trauma y comprender las emociones asociadas, ya que la escritura breve de las experiencias traumáticas ha demostrado que refuerza el malestar de los participantes con altas puntuaciones en alexitimia (Páez, Velasco et al., 1999). La RE puede proporcionar a los individuos alexitímicos una oportunidad para procesar el material emocional sin un etiquetado emocional preciso y sin la interacción interpersonal de las terapias conversacionales (Baikie, 2008).

Sin embargo, no todos los trabajos van en esta línea, otros autores no han encontrado relación entre la alexitimia y los beneficios de RE, por lo menos, en los niveles de estrés percibido (Nandagopal, 2008).

La falta de conclusiones claras sobre la alexitimia y la RE en la literatura sugieren que la investigación que examina los posibles efectos de la alexitimia está justificada. En particular, sería interesante descubrir el papel modulador de la alexitimia en distintas modificaciones del procedimiento tradicional de RE.



### **1.7.1.2. Optimismo**

Los optimistas son personas que esperan que sucedan cosas buenas, mientras que los pesimistas esperan cosas malas. Esta anticipación diferencial está vinculada a los procesos básicos que subyacen al comportamiento. La forma en que los optimistas y pesimistas difieren en su enfoque sobre el mundo tiene un importante impacto en sus vidas. Estas personas difieren en cómo enfrentarse a los problemas y en la forma de lidiar con la adversidad, así como en sus recursos. El rasgo de optimismo puede proporcionar recursos cognitivos, de afrontamiento y contextuales que promueven una mejor salud mental (Carver, Scheier y Segerstrom, 2010).

Un estudio con estudiantes universitarios demostró que los optimistas reducen sus visitas médicas, mejoran el ajuste y sus notas medias en la universidad tras un procedimiento de RE. Sin embargo, los participantes pesimistas necesitaron de una tarea de autorregulación, en la que se solicitaba a los participantes que además de expresar sus pensamientos y emociones asociadas a sus problemas en la universidad, buscaran estrategias para resolver sus problemas, para disminuir las visitas médicas y el afecto negativo, y aumentar el nivel de ajuste a la universidad. Las tareas de autorregulación pueden beneficiar más a los participantes pesimistas ya que les puede servir como una guía para seleccionar sus problemas y elaborar estrategias de afrontamiento adaptativas y disminuir su tendencia a escribir de manera fatalista, rumiar sobre los aspectos negativos y desarrollar sensación de desesperanza (Cameron y Nicholls, 1998).

### **1.7.1.3. Estrés postraumático**

Diferencias individuales en los niveles de bienestar como los niveles de estrés, humor o estado de salud, pueden añadir conocimiento a las explicaciones de las diferencias en el efecto de la RE. A continuación, se mostrará el papel del estrés postraumático como posible modulador del efecto de la RE.

Diferencias individuales como el estrés han sido específicamente seleccionadas como foco de intervención de la RE. Problemas de salud física y psicológica en personas con pobres habilidades de afrontamiento requieren de mayor intervención que personas saludables (Bootzin, 1997).

Así, un número de estudios se han centrado en la investigación del efecto de la RE en personas con trastorno de estrés postraumático (Sloan, Marx y Epstein, 2005; Smyth, Hockemeyer y Tulloch, 2008). Smyth et al. (2008) no encontraron diferencias en el seguimiento del procedimiento de RE en los síntomas de estrés postraumático en pacientes con diagnóstico de estrés postraumático. Asimismo, Sloan et al. (2005) no hallaron ninguna disminución en los síntomas de estrés postraumático un mes después de la RE, en aquellos participantes que pertenecían a una condición en la que escribían siguiendo la metodología estándar de Pennebaker, a través de la cual se puede narrar el mismo o un trauma diferente cada día (Pennebaker y Beall, 1986; Pennebaker et al., 1990). Sin embargo, los participantes de la condición en la que se les solicitó escribir sobre la misma experiencia traumática durante los tres días de RE mostraron reducciones en los síntomas de estrés postraumático.

En un metanálisis se observó que los niveles de estrés se reducen considerablemente tras la RE, de tal manera que personas con altos niveles de estrés

muestran mayores beneficios en general y en el estado de salud, en particular (Frattaroli, 2006).

### **1.7.2. Variables contextuales**

Otro grupo de variables que pueden diferir de manera significativa entre los estudios de RE son las variables específicas de la implementación del procedimiento de reexperimentación y las condiciones experimentales.

#### **1.7.2.1. *Tiempo de las sesiones***

En el primer conjunto de las variables contextuales se encuentran las relacionadas con la “dosis” de tratamiento. ¿Qué tiempo es necesario para que la RE empiece a mostrar efectos positivos? La mayor parte de la investigación de RE ha empleado tres o cuatro sesiones en las que se escribe durante 20 minutos. Los estudios originales de RE se realizaban durante cuatro días consecutivos con sesiones de 15 minutos, estas condiciones respondían más a limitaciones de los investigadores (disponibilidad de los laboratorios, tiempo destinado a cada paciente, etc.) que a la finalidad de los estudios.

En el estudio de Pennebaker y Beall (1986), se llevaron a cabo cuatro sesiones de 15 minutos de escritura y esto se convirtió en una norma implícita dentro de la investigación de RE.

Smyth (1998) afirmó que la duración de la intervención moderaba el efecto de la RE, de tal manera que sesiones de RE más largas presentaban mayores beneficios.

Asimismo, Frattaroli, en un metanálisis en 2006 encontró relación entre la duración de las sesiones (menos de 15 minutos frente a más de 15 minutos) y el tamaño del efecto global, y el tamaño del efecto sobre la salud. Aun con esta información, existen estudios posteriores en los que el número de sesiones y el tiempo de éstas es inferior y, aun así, encuentran beneficios en los grupos de RE (Burton y King, 2007; Chung y Pennebaker, 2008). Aunque este dato no es contradictorio con el metanálisis anterior, sí muestran que dosis menores a las que anteriormente se pensaban, pueden generar beneficios.

Aun así, no existe suficiente literatura en la que se manipule la duración de las sesiones, por lo que Frattaroli (2006) insta a los investigadores a explorar el tiempo óptimo de RE, ya que debe existir un punto en el que se empieza a encontrar una disminución de los beneficios.

#### **1.7.2.2. Instrucciones de RE**

Otras variables relacionadas con la ejecución real del tratamiento en los estudios tiene que ver con el cambio de tema a lo largo de las sesiones de RE.

En las instrucciones estándar en los estudios se solicita a los participantes del grupo experimental que "...escriba sobre las experiencias más traumáticas y estresantes de su vida. Puede escribir de diferentes temas cada día o sobre el mismo tema durante los cuatro días..." (por ejemplo, Pennebaker et al., 1989).

Aunque existen muy pocos trabajos sobre la influencia de las instrucciones de RE, el paradigma tradicional de RE permiten cambiar de tema cada día o narrar la misma situación, así pues, parte de los participantes narrarán diferentes situaciones traumáticas a lo largo de las sesiones, mientras que otra parte de los participantes

narrarán el mismo trauma a lo largo de las sesiones. Es posible que no se obtengan los mismos beneficios de la narración del mismo o de diferentes traumas. Así, se existen datos que apoyan que se encuentran mayores beneficios cuando se escribe sobre un mismo trauma. Así, participantes que narraban el mismo trauma, durante 30 minutos a lo largo de tres sesiones de RE, mejoraban su nivel de salud autoinformada y disminuían su nivel de estrés postraumático (Peñate et al., 2010).

### **1.8. Planteamiento del problema**

La vivencia de situaciones altamente estresantes, molestas o traumáticas es relativamente frecuente. El paradigma de RE, iniciado por Pennebaker y Beall (1986), surgió con la finalidad de abordar la sintomatología asociada a ese tipo de vivencia. Sin embargo, aunque la literatura ha mostrado cierta eficacia en la reducción de los síntomas físicos y psicológicos asociados a la vivencia del trauma, los datos no son tan congruentes como era de esperar.

La RE se planteó como un nuevo paradigma de investigación riguroso, sin embargo, tanto el origen del procedimiento (derivado de las limitaciones de los investigadores) como la heterogeneidad a la hora de aplicarlo, pueden haber influido en la ausencia de conclusiones firmes sobre la eficacia de la RE.

Conocer las variables específicas de la implementación del tratamiento que influyen en la eficacia del procedimiento, así como el papel modulador de ciertas variables personales, pueden sumar conocimiento sobre el procedimiento de RE y generar un punto de inflexión, a través del cual, el procedimiento de RE esté previamente definido y no forme parte de una de las decisiones del investigador a la hora de iniciar un estudio dentro del campo de la RE.

Con la presente tesis doctoral se pretende conocer cómo la narración de mismo o distinto trauma a lo largo de las sesiones, en sesiones de 15 ó 30 minutos influye sobre el bienestar psicológico y físico de los participantes. Asimismo, se estudiará cómo influyen variables personales como la alexitimia, el optimismo y el estrés postraumático en la eficacia de un procedimiento de RE. Además, se analizará cómo el tipo de trauma, real o imaginario, influye en el bienestar, a partir de un estudio experimental.

### **1.9. Objetivos e hipótesis**

El objetivo general de la presente investigación es conocer el papel de las variables contextuales (narración del mismo o distinto trauma a lo largo de las sesiones, sesiones de 15 ó 30 minutos), personales (alexitimia, optimismo y estrés postraumático) y del tipo de trauma (real o imaginario) sobre el bienestar psicológico y físico.

Los tres principales objetivos específicos de la presente investigación son:

- Evaluar el efecto de la condición de escritura (un mismo trauma durante 30 minutos, mismo trauma durante 15 minutos, distinto trauma durante 30 minutos, distinto trauma durante 15 minutos, grupo de imaginación o grupo control) sobre el bienestar psicológico (afecto positivo, afecto negativo, ansiedad, depresión, hostilidad, alegría, intrusión, evitación).
- Evaluar el efecto de la condición de escritura (mismo trauma durante 30 minutos, mismo trauma durante 15 minutos, distinto trauma durante 30 minutos, distinto trauma durante 15 minutos, grupo de imaginación o grupo control) sobre el bienestar físico.
- Evaluar el papel mediacional de tres de las variables personales que la literatura ha detectado como más influyentes en la RE: la alexitimia, el optimismo y el nivel de estrés.

Las hipótesis derivadas de estos objetivos son las siguientes:

- Se espera que los individuos que participan en las condiciones de RE presenten menores niveles de malestar psicológico (ansiedad y depresión), evitación e intrusión en el seguimiento que los controles.

- En la variable ansiedad, evitación e intrusión, se esperan mejores resultados en los procedimientos de escritura más largos (30 minutos), en la narración del mismo trauma real durante las sesiones de escritura.
- En la variable depresión, se esperan mejores resultados en los procedimientos de escritura más largos (30 minutos), indistintamente de la narración del mismo o de diferentes traumas reales durante las sesiones de escritura.
- Se espera que los individuos que participan en las condiciones de RE presenten menores niveles de enfermedad en el seguimiento que los controles. Se esperan mejores resultados de los procedimientos de escritura más largos y de la narración de mismo trauma durante las sesiones de escritura, indistintamente de la narración de trauma real o imaginario.

Con respecto a las variables moduladoras:

- Se espera que los participantes que presenten altas puntuaciones en alexitimia muestren menores niveles de malestar psicológico (ansiedad y depresión), evitación e intrusión en el seguimiento que los participantes con bajos niveles de alexitimia. Se esperan mejores resultados en los procedimientos de escritura más largos y en la narración del mismo trauma durante las sesiones de escritura. En personas con altas puntuaciones en alexitimia, se esperan resultados especialmente adversos en los procedimientos de escritura más cortos y en la narración de distintos traumas durante las sesiones de escritura.
- Se espera que los participantes que presenten altas puntuaciones en alexitimia muestren menores niveles de enfermedad en el seguimiento que los participantes con bajos niveles de alexitimia. Se esperan mejores resultados en los



procedimientos de escritura más largos y en la narración del mismo trauma durante las sesiones de escritura. Se esperan resultados especialmente adversos en los procedimientos de escritura más cortos y en la narración de distintos traumas durante las sesiones de escritura.

- Se espera que los participantes que presenten altas puntuaciones en optimismo muestren menores niveles de malestar psicológico (ansiedad y depresión), evitación e intrusión en el seguimiento que los participantes con bajos niveles de optimismo. Se esperan mejores resultados en los procedimientos de escritura más largos y en la narración del mismo trauma durante las sesiones de escritura.
- Se espera que los participantes que presenten altas puntuaciones en optimismo muestren menores niveles de enfermedad en el seguimiento que los participantes con bajos niveles de optimismo. Se esperan mejores resultados en los procedimientos de escritura más largos y en la narración del mismo trauma durante las sesiones de escritura.
- Se espera que los participantes que presenten altas puntuaciones en estrés postraumático muestren menores niveles de malestar psicológico (ansiedad y depresión), evitación e intrusión en el seguimiento que los participantes con bajos niveles de estrés postraumático. Se esperan mejores resultados en los procedimientos de escritura más largos y en la narración del mismo trauma durante las sesiones de escritura.
- Se espera que los participantes que presenten altas puntuaciones en estrés postraumático muestren menores niveles de enfermedad en el seguimiento que los participantes con bajos niveles de estrés postraumático. Se esperan mejores

resultados en los procedimientos de escritura más largos y en la narración del mismo trauma durante las sesiones de escritura.

Finalmente, un objetivo de validez interna será el de conocer el impacto de la RE sesión a sesión sobre los estados de ánimo, para identificar si el procedimiento logra estimular a los participantes.

- Se espera que los individuos que participan en las condiciones de RE presenten mayores niveles de estado de ánimo negativo (afecto negativo, ansiedad, depresión, hostilidad) tras la primera sesión de escritura que se irá habituando progresivamente, frente a los controles que mantendrán sus niveles de estado de ánimo negativo estables.
- Se espera mayor habituación en los niveles de estados de ánimo negativo (afecto negativo, ansiedad, depresión, hostilidad) a lo largo de las sesiones en los procedimientos de escritura más largos y en la narración de mismo trauma durante las sesiones.

## **Método**

### **2.1. Participantes**

La muestra final estuvo compuesta por 151 adultos voluntarios (130 mujeres, 21 hombres) que completaron todas las sesiones de RE y el seguimiento, pertenecientes al alumnado de la Universidad de La Laguna. La media de edad fue de 21,8 ( $DT = 3,11$ ) y el rango de edad de 19 a 43 años. La participación fue voluntaria, podían abandonar cuando quisieran. Como contrapartida recibieron créditos en una de las materias de su grado.

El presente estudio estuvo compuesto por seis condiciones experimentales, que se describen más adelante. Las características de los participantes asignados a cada una de las seis condiciones experimentales se resumen en la tabla 2.

Tabla 2

*Datos descriptivos de los participantes asignados a cada una de las condiciones experimentales*

Grupo	<i>n</i>	<i>M</i> edad ( <i>SD</i> )	Rango	Hombres (%)	Mujeres (%)
30' = trauma	29	21,29 (1,92)	19-26	2 (6,9)	27 (93,1)
30' ≠ trauma	23	21,52 (2,02)	20-29	1 (4,3)	22 (95,7)
15' = trauma	24	21,33 (2,37)	19-29	2 (8,3)	22 (91,7)
15' ≠ trauma	29	22,24 (4,48)	19-43	6 (20,7)	23 (79,3)
30' imaginación	22	23,9 (4,19)	19-35	5 (22,7)	17 (77,3)
GC	24	21,42 (2,39)	19-39	5 (20,8)	19 (79,2)

Nota. 30' = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones de 30 minutos; 30' ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones de 30 minutos; 15' = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones de 15 minutos; 15' ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones de 15 minutos; 30' imaginación = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático imaginario durante tres sesiones de 30 minutos; GC = condición experimental en la que los participantes narran situaciones triviales durante tres sesiones de 30 minutos; *n* = número de participantes asignado a la condición experimental; *M* edad = media de edad; *SD* = desviación típica.

Todos los participantes debían ser mayores de 18 años, estar informados y dar sus consentimiento informado por escrito para formar parte de la muestra experimental del presente estudio (ver *Anexo A*).

## 2.2. Materiales e instrumentos

A continuación se presentan los instrumentos de medida que se adoptaron para evaluar los posibles cambios en el bienestar físico y psicológico tras la aplicación del procedimiento de RE y su monitorización. Del mismo modo, se presentan las escalas de medida seleccionadas para evaluar las tres covariables de este estudio: la alexitimia, el optimismo y nivel de estrés postraumático.

**Cuestionario sociodemográfico**, con el que se pretendía conocer las características de la muestra en función de la edad, sexo y nivel educativo de los participantes.

**Test de Orientación Vital Revisado** (*Life Orientation Test-Revised*, LOT-R, Scheier, Carver y Bridges, 1994). El LOT-R consta de 10 ítems de escala Likert de cinco puntos. Seis ítems miden la dimensión de optimismo disposicional y los cuatro restantes sirven para hacer menos evidente el contenido del test. De los seis ítems, tres están redactados en sentido positivo (dirección optimismo) y tres en sentido negativo (dirección pesimismo). Los ítems redactados en sentido negativo se invierten y se obtiene una puntuación total de optimismo disposicional. La escala tiene una estructura clara con dos dimensiones parcialmente independientes. Todos los ítems tienen un aceptable poder discriminativo y, en conjunto, ambas subescalas miden con razonable precisión en un rango bastante amplio de niveles del rasgo. La versión española presenta un comportamiento psicométrico bastante aceptable, con un índice de fiabilidad en torno a 0,58, muy similar al del test original (Ferrando, Chico y Tous, 2002). Esta escala se pasó en la fase de pretratamiento para poder observar el papel modulador del optimismo dentro del procedimiento de RE. Tanto ésta como las demás escalas se recogen en el *Anexo B*.

**Escala de Alexitimia de Toronto** (*Toronto Alexithymia Scale*, TAS-20, Parker, Bagby, Taylor, Endler y Schmitz, 1993). Esta escala está compuesta por 20 ítems de escala Likert de cinco puntos que miden alexitimia. La puntuación obtenida puede oscilar dentro de un rango comprendido entre 20 y 100. Una puntuación igual o superior a 61 se considera perteneciente a una persona alexitímica. Además de obtenerse una puntuación total, la escala permite tres puntuaciones parciales que se corresponde con su estructura factorial. La TAS está compuesta por tres factores: (a) dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan a la activación emocional, (b) dificultad para describir los sentimientos de los demás, y (c) estilo de pensamiento orientado hacia lo externo. Además, diversos estudios han demostrado las propiedades psicométricas transculturales de este instrumento (Parker et al., 1993), además de una adecuada fiabilidad ( $\alpha = 0,83$  para hombres y  $\alpha = 0,78$  para mujeres) y validez factorial, incluida su versión española (Páez., Martínez-Sánchez et al., 1999). Esta escala fue seleccionada para observar el papel modulador de la alexitimia dentro del procedimiento de RE y fue cumplimentada por los participantes en la fase de pretratamiento (ver *Anexo B*).

**Escala diagnóstica de Estrés Postraumático** (*The Posttraumatic Diagnostic Scale*, PDS, Foa, 1995). La escala está compuesta por 49 ítems que miden la gravedad de los síntomas de estrés postraumático. Evalúa todos los criterios del DSM-IV para el trastorno de estrés postraumático. La escala de respuesta clasifica la gravedad de los síntomas de cero, “*no en absoluto*”, a tres, “*casi siempre*”. La escala presenta un rango de respuesta de gravedad total, que va desde cero hasta 51 y refleja la frecuencia de los 17 síntomas del trastorno de estrés postraumático. Puntuaciones por debajo de 10 son consideradas leves, las puntuaciones entre 10 y 20 son consideradas moderadas, las puntuaciones entre 21 y 35 se consideran moderadas-graves, y las puntuaciones por

encima de 34 son consideradas graves. La escala demuestra una alta consistencia interna  $\alpha = 0,92$ , fiabilidad test-retest 0,83 y validez convergente con otras medidas diagnósticas de estrés postraumático y gravedad (Foa, Cashman, Jaycox y Perry, 1997). Se seleccionó esta escala con la finalidad de observar el papel modulador del estrés postraumático dentro del procedimiento de RE y fue cumplimentada por los participantes en la fase de pretratamiento (ver *Anexo B*).

**Escala de Afecto Positivo y Negativo** (*Positive and Negative Affect Schedule*, PANAS; Watson et al., 1988). Este cuestionario incluye 20 ítems que miden afecto, 10 de los cuales se refieren a la subescala de afecto positivo (AP) y 10 a la subescala de afecto negativo (AN). La escala posee excelentes propiedades psicométricas. El cuestionario presenta una estructura bidimensional robusta y estable (afecto positivo y negativo). La versión española también muestra una adecuada consistencia interna  $\alpha_{AP} = 0,89$  y  $\alpha_{AN} = 0,91$  en varones, y  $\alpha_{AP} = 0,87$  y un  $\alpha_{AN} = 0,89$ , en mujeres, así como validación transcultural del cuestionario y de la naturaleza bidimensional del afecto (Sandín et al., 1999). Esta escala fue seleccionada para monitorizar el efecto de las sesiones en afecto positivo y negativo, por tanto, se administraba una vez terminada cada una de las sesiones de RE (ver *Anexo B*).

**Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria** (*Hospital and Anxiety and Depression Scale*, HADS, Zigmond y Snaith, 1983). Esta escala está formada por 14 ítems distribuidos en dos subescalas, siete pertenecen a la subescala de depresión y siete a la subescala de ansiedad. Las puntuaciones de ambas subescalas presentan un rango de puntuaciones comprendido entre cero y 21. La escala se centra en los aspectos emocionales y cognitivos, y elimina la sintomatología somática de la depresión y de la ansiedad. La escala posee buenos ajustes psicométricos, incluyendo la versión española, con una fiabilidad test-retest superior a 0,85, y  $\alpha_{ansiedad} = 0,86$  y  $\alpha_{depresión} = 0,86$



(Quintana et al., 2003). Esta escala se escogió para conocer el efecto de la RE sobre los niveles de ansiedad y depresión. Fue cumplimentada en el momento pretratamiento y en el seguimiento (ver *Anexo B*).

**La Escala de Valoración del Estado de Ánimo** (EVEA, Sanz, 2001), es un instrumento diseñado para evaluar cuatro estados emocionales de carácter situacional. Estos cuatro estados hacen referencia a entidades clínicas: depresión, ansiedad, hostilidad y alegría. La escala consta de 16 ítems de escala Likert de 11 puntos, de cero a 10. Cada estado se evalúa a través de cuatro ítems. Para obtener la puntuación en cada uno de los estados de ánimo basta con sumar la valoración de los cuatro ítems correspondientes a cada subescala y dividir la suma por cuatro. De esta manera, se obtienen cuatro puntuaciones entre cero y 10 que reflejan los estados de ánimo deprimido, ansioso, alegre y hostil del sujeto en el momento presente. La escala presenta una estructura factorial, robusta y estable, así como buenas propiedades psicométricas, con índices de coeficientes de consistencia interna muy altos  $\alpha_{\text{depresión}} = 0,89$ ,  $\alpha_{\text{ansiedad}} = 0,94$ ,  $\alpha_{\text{hostilidad}} = 0,85$ , y  $\alpha_{\text{alegría}} = 0,96$ , y sensibilidad al cambio (del Pino-Sedeño, Peñate y Bethencourt, 2010). Con esta escala se monitorizó el efecto de las sesiones en los cuatro estados emocionales previamente citados. Se cumplimentó en los momentos postsesiones (ver *Anexo B*).

**Escala Revisada de Impacto del Estresor** (*Impact of Event Scale, Revised*, IES-R, Weiss y Marmar, 1997). Esta escala está compuesta por 15 ítems, siete que evalúan respuestas relacionadas con la intrusión y ocho relacionadas con la evitación, sobre el suceso vital más estresante en su vida reciente. El formato de respuesta tiene cuatro opciones “*nunca*”, “*rara vez*”, “*a veces*” y “*a menudo*”. Por lo que se refiere a los criterios de bondad de la escala y los factores encontrados, los índices de consistencia interna son muy aceptables, incluyendo los de la versión española  $\alpha_{\text{total}} = 0,95$ ,

$\alpha_{intrusión} = 0,95$  y  $\alpha_{evitación} = 0,87$  (Báguena et al., 2001). Con esta escala se perseguía conocer el efecto de la RE sobre los pensamientos intrusivos y las respuestas de evitación. Fue cumplimentada en el momento pretratamiento y en el seguimiento (ver *Anexo B*).

**Escala de síntomas físicos** (ESF, Peñate et al., 2010). Es un autoinforme desarrollado para medir la presencia y frecuencia (en una escala de 0 a 3) de determinadas molestias físicas donde se presume una disminución de la eficacia del sistema inmunológico (problemas de las vías respiratorias, estomacales, infecciones en la cavidad bucal, en el aparato genital, de garganta, cutáneas u otras dolencias de carácter vírico o bacteriano). Con las respuestas se obtiene un sumatorio a modo de índice de salud/enfermedad física, donde a menor puntuación, mejor salud. Finalmente, se solicita que informen sobre las visitas médicas que han realizado (eliminando las visitas programadas o por enfermedades crónicas). Esta escala fue seleccionada para conocer el efecto de la RE sobre el nivel de salud/enfermedad física. Fue cumplimentada en el momento pretratamiento y en el seguimiento (ver *Anexo B*).

### **2.3. Diseño**

El diseño del presente estudio corresponde a un experimento factorial con dos variables independientes, inter sujeto, según la clasificación de Montero y León (2007). La primera variable independiente, número de traumas, presenta dos niveles: contar un mismo trauma o contar diferentes traumas a lo largo de las sesiones. La segunda variable independiente, tiempo de la sesión, posee dos niveles: 15 ó 30 minutos de escritura por sesión. Asimismo, se contó con un grupo control, que escribió sobre cuestiones triviales, y un grupo placebo o de trauma imaginario, que narraba traumas imaginarios, ambos grupos en sesiones de 30 minutos (ver tabla 3).

Tabla 3

*Diseño del presente estudio*

	= trauma	≠ trauma	Imaginación	GC
15 minutos	X	X		
30 minutos	X	X	X	X

Nota. 30' = condición experimental en la que los participantes completan sesiones de 30 minutos; 15' = condición experimental en la que los participantes completan sesiones de 15 minutos; = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; imaginación = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático imaginario durante tres sesiones; GC = condición experimental en la que los participantes narran situaciones triviales durante tres sesiones.

Las variables alexitimia, depresión y estrés postraumático se tomaron como covariables. Las variables dependientes fueron los niveles de: afecto positivo, afecto negativo, ansiedad, depresión, hostilidad, alegría, evitación, intrusión, estrés postraumático y salud.

Dependiendo de los tipos de medidas, éstas se realizaron en tres momentos: pretratamiento, postsesiones y seguimiento a los dos meses. Se estableció un seguimiento de dos meses siguiendo la recomendación de la revisión Frattaroli (2006), en la que sugiere a realizar seguimientos superiores al mes dentro del paradigma de RE, para poder observar cambios significativos en relación al estado emocional y físico de los participantes.

## 2.4. Procedimiento

El reclutamiento de la muestra se llevó a cabo a partir de anuncios de participación voluntaria en el estudio dentro de la comunidad universitaria. Los potenciales participantes se apuntaban en listados de participación, principalmente ubicados en las aulas de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Laguna, en los que debían rellenar su nombre y un número de teléfono de contacto. Parte de la muestra se reclutó a través de la asignatura de Evaluación Psicológica y otra parte de la muestra de cursos gratuitos organizados por el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológicos. Tras un primer contacto telefónico, se facilitó una cita individual a cada participante. En esta fase, los participantes recibieron la información necesaria para formar parte del estudio y el documento del consentimiento informado para que fuese cumplimentado por cada uno de ellos. Los investigadores dieron la misma información verbal a todos participantes: “Los seres humanos estamos expuestos a vivir situaciones altamente molestas, estresantes o traumáticas. La finalidad de esta investigación es conocer cómo reaccionamos los seres humanos a este tipo de situaciones”.

Todos los participantes eran voluntarios en el estudio, respetando en todo momento los derechos fundamentales de la persona y los postulados éticos que afectan a la investigación biomédica con seres humanos, según el contenido de la Declaración de Helsinki (1964) con el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina (1997), así como los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética.

Una vez que el participante había recibido la información necesaria para formar parte del estudio y firmado el documento del consentimiento informado, comenzó la fase de pretratamiento. En esta fase, los participantes fueron ubicados en las salas de terapia del departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de La Laguna para comenzar el proceso de evaluación previo al procedimiento de RE. Todos los participantes cumplieron de forma individual medidas sociodemográficas, así como de optimismo (LOT-R, Scheier et al., 1994; versión española, Ferrando et al., 2002), alexitimia (TAS-20, Parker et al., 1993; versión española, Páez., Martínez-Sánchez et al., 1999), nivel de estrés postraumático (PDS, Foa, 1995; Foa et al., 1997), ansiedad (HADS, Zigmond y Snaith, 1983; versión española, Quintana et al., 2003), depresión (HADS, Zigmond y Snaith, 1983; versión española, Quintana et al., 2003), intrusión (IES-R, Weiss y Marmar, 1997, versión española, Báguena et al., 2001), evitación (IES-R, Weiss y Marmar, 1997, versión española, Báguena et al., 2001) y salud (ESF, Peñate et al., 2010).

Tras cumplimentar la fase de pretratamiento, los participantes fueron aleatorizados a una de las seis condiciones experimentales: RE mismo trauma durante 30 minutos, RE distinto trauma durante 30 minutos, RE mismo trauma durante 15 minutos, RE distinto trauma durante 15 minutos, RE trauma imaginario o grupo control. En la tabla 4 se muestra la distribución de participantes por condición experimental.

Tabla 4

*Participantes asignados a cada condición experimental*

	= trauma	≠ trauma	Imaginación	GC
15 minutos	24	29		
30 minutos	29	23	22	24

Nota. 30' = condición experimental en la que los participantes completan sesiones de 30 minutos; 15' = condición experimental en la que los participantes completan sesiones de 15 minutos; = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; imaginación = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático imaginario durante tres sesiones; GC = condición experimental en la que los participantes narran situaciones triviales durante tres sesiones.



Tras cumplimentar las medidas pretratamiento, se entregó las instrucciones a cada participante relativas a su condición experimental y sesión de escritura, el experimentador se aseguró de que no tuviese dudas respecto a su condición y abandonó la sala.

Las instrucciones dadas a los participantes de los grupos de 30 minutos mismo trauma, 30 minutos distinto trauma, 15 minutos mismo trauma, 15 minutos distinto trauma eran derivadas de las instrucciones de Pennebaker (1989). Estas instrucciones fueron modificadas para añadir el tiempo y el cambio o no, de tema a lo largo de las sesiones.

Los participantes de 30 minutos mismo trauma recibieron las siguientes instrucciones:

“Los seres humanos estamos expuesto a una serie de hechos que no podemos controlar y que nos suponen cierto daño psicológico (accidentes de tráfico, desastres naturales, muertes de seres queridos, observar la muerte o el suicidio de alguien, ser asaltado, sufrir abusos sexuales, ser violado...) ahora trata de recordar un hecho que te haya ocurrido o que hubieras presenciado y que te haya resultado altamente molesto, muy estresante o traumático. Preferiblemente céntrate en el que te haya parecido más traumático.

Concéntrate en todos los detalles (sonidos, olores, personas, lugares, colores...), cierra los ojos si ello te ayuda a concentrarte. Haz pasar esa historia por tu mente y, a continuación, descríbela durante 30 minutos, escribiendo todos los detalles que recuerdes, acompañados de tus sensaciones y tus emociones. Escribe desde lo que sucedió antes del hecho hasta después de pasado el mismo. No te preocupes por la

ortografía, la sintaxis o la gramática, solo es interesante que describas tus pensamientos y emociones más profundas asociadas a esos hechos en el orden que ocurrieron”.

El segundo día el grupo experimental de 30 minutos mismo trauma recibieron las siguientes instrucciones:

“Vuelve a concentrarte en la situación traumática, estresante o altamente molesta anterior.

De nuevo, concéntrate en todos los detalles (sonidos, olores, personas, lugares, colores...) y, a continuación, descríbela durante 30 minutos, escribiendo todos los detalles que recuerdes, acompañados de tus sensaciones y tus emociones. Escribe desde lo que sucedió antes del hecho hasta después de pasado el mismo. No te preocupes por la ortografía, la sintaxis o la gramática. Recuerda que lo importante es que describas tus pensamientos y emociones más profundas asociadas a esos hechos en el orden que ocurrieron”.

Sin embargo, los participantes de la condición de 30 minutos distinto trauma recibieron las siguientes instrucciones:

“Elige una nueva situación que te haya ocurrido o que hubieras presenciado y que te haya resultado altamente molesta, muy estresante o traumática.

Concéntrate en todos los detalles (sonidos, olores, personas, lugares, colores...) y, a continuación, descríbela durante 30 minutos, escribiendo todos los detalles que recuerdes, acompañados de tus sensaciones y tus emociones. Escribe desde lo que sucedió antes del hecho hasta después de pasado el mismo. No te preocupes por la ortografía, la sintaxis o la gramática. Recuerda que lo importante es que describas tus pensamientos y emociones más profundas asociadas a esos hechos en el orden que ocurrieron”.

Las condiciones de 15 minutos mismo trauma y 15 minutos distinto trauma recibieron las mismas instrucciones que las de 30 minutos mismo trauma y 30 minutos distinto trauma, pero modificando el tiempo que se solicitaba que describieran las situaciones y los pensamientos y sentimientos asociados.

Los participantes de la condición de trauma imaginario recibieron instrucciones derivadas de Greenberg et al. (1996). Las instrucciones fueron las siguientes:

“Los seres humanos estamos expuestos a una serie de hechos que no podemos controlar y que nos suponen cierto daño psicológico (accidentes de tráfico, desastres naturales, muertes de seres queridos, observar la muerte o el suicidio de alguien, ser asaltado, sufrir abusos sexuales, ser violado...).

El objetivo de este ejercicio es que recrees mentalmente un evento traumático imaginario y, especialmente, las emociones asociadas a este evento. Ahora, cierra los ojos y trata de imaginarte experimentando el evento realmente. Deja que tu imaginación te lleve lejos de esta sala, a la situación traumática. Experimenta esta situación imaginaria de forma tan vívida y completa como te sea posible.

Visualiza todos los detalles del entorno, las vistas, sonidos y olores. Entra en la fantasía tanto como te sea posible. Ahora, profundiza dentro de ti y experimentalo tan intensamente como te sea posible, con la totalidad de los sentimientos asociados al evento. Durante 30 minutos, explora la totalidad de los sentimientos asociados con esta experiencia traumática para escribirla en el papel que tienes delante. Describe de forma tan vívida y completa como te sea posible todos los pensamientos y sentimientos que tienes cuando imaginas esta experiencia. Mientras escribes, profundiza en tus sentimientos más y más. No escribas sobre tus emociones en general, sino sobre cómo respondes emocionalmente a este evento en particular.”

Los participantes del grupo control narraron situaciones triviales como la siguiente:

“Durante 30 minutos, trata de recordar cronológicamente todo lo que has hecho hoy, desde que te levantaste hasta que llegaste aquí.

Concéntrate y haz pasar el desarrollo de este día por tu mente y, a continuación, escribe todo los detalles que recuerdes, acompañados de tus sensaciones y tus emociones. No te preocupes por la ortografía, la sintaxis o la gramática”.

Para ver las instrucciones completas de todas las condiciones experimentales ir al *Anexo C*.

Tras las sesiones de escritura los participantes cumplieron las medidas postsesión, con las que se pretendía monitorizar el efecto de las sesiones en los niveles de afecto positivo y afecto negativo (Watson et al., 1988; versión española, Sandín et al., 1999), ansiedad, depresión, hostilidad y alegría (EVEA, Sanz, 2001).

Dos meses después de haber completado las sesiones de escritura, se realizaron las medidas de seguimiento. En el seguimiento se midió el nivel de ansiedad y depresión (HADS, Zigmond y Snaith, 1983; versión española, Quintana et al., 2003), intrusión (IES-R, Weiss y Marmar, 1997, versión española, Báguena et al., 2001), evitación (IES-R, Weiss y Marmar, 1997, versión española, Báguena et al., 2001) y salud (ESF, Peñate et al., 2010).

Una vez finalizado el procedimiento de RE los participantes recibieron información completa sobre el estudio y créditos en la asignatura de Evaluación Psicológica o créditos de libre elección.

Tras recabar todos los datos de este estudio, se empleó el *SPSS 15.0 para Windows*, empleado para realizar los análisis estadísticos de la presente investigación.

Se realizó un ANOVA de las medidas previas de las variables de estudio con el fin de detectar diferencias entre los grupos experimentales, MANOVAs sobre las cuatro subescalas de EVEA y las dos subescalas PANAS, y análisis de las varianzas con medidas repetidas, en los que se tomaron las medidas previas y las medidas del seguimiento para los niveles de ansiedad y depresión (HADS), para las respuestas de intrusión y evitación (IES-R) y para el nivel de salud (ESF). Finalmente, con las puntuaciones obtenidas de los instrumentos de evaluación aplicados, se realizaron análisis correlacionales de Pearson entre las medidas del seguimiento de las variables dependientes (pensamientos intrusivos, respuestas de evitación, ansiedad, depresión y salud) y las covariables (alexitimia, optimismo y síntomas de estrés postraumático).

Por último, para la redacción del presente estudio se siguieron las normas de estilo de la American Psychological Association (APA, 2010).

## Resultados

Un análisis previo se llevó a cabo para conocer el nivel de abandonos (participantes que no completaron todas las fases, incluida el seguimiento). En la tabla 5 se resumen los datos.

Tabla 5

*Porcentaje de abandonos en las condiciones de 15 minutos mismo trauma, 15 minutos distinto trauma, 30 minutos mismo trauma, 30 minutos distinto trauma, control e imaginación*

Grupo	<i>n</i>	<i>n<sub>final</sub></i>	%
15 minutos = trauma	30	24	20,00
15 minutos ≠ trauma	30	29	3,33
30 minutos = trauma	30	29	3,33
30 minutos ≠ traumas	30	23	23,33
GC	30	24	20,00
Imaginación	30	21	30,00

15 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 15 minutos; 30 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 30 minutos;; GC = condición experimental en la que los participantes narran situaciones triviales durante tres sesiones; Imaginación = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático imaginario durante tres sesiones; *n* = número de participantes asignados a la condición experimental; *n<sub>final</sub>* = número de participantes asignados a la condición experimental que cumplieron las sesiones experimentales; % = tasa de abandonos o incumplimiento de las sesiones.

Como puede observarse las tasas de abandono fueron muy desiguales. Destaca la adherencia de las personas que redactaron el mismo trauma durante 30 minutos y de aquellos que redactaron distintos traumas a lo largo de tres sesiones de 15 minutos. Mientras que la tasa de abandono fue elevada tanto para la condición de imaginación como la condición de redactar distintos traumas a lo largo de tres sesiones de 30 minutos.

En primer lugar, se analizaron las medidas previas de las variables de estudio con la finalidad de poner a prueba que los grupos partían de niveles iniciales no diferentes. La obtención de resultados negativos indicó la inexistencia de diferencias, lo que habilitó para los contrastes post (ver tablas 6a y 6b).

En la tabla 6a se recoge las medias y desviaciones típicas de las medidas iniciales de alexitimia, optimismo, estrés postraumático, pensamientos intrusivos, conductas de evitación, ansiedad, depresión y salud autoinformada.

Tabla 6a

*Medias y desviaciones típicas de las medidas iniciales de alexitimia, optimismo, estrés postraumático, pensamientos intrusivos, conductas de evitación, ansiedad, depresión y salud autoinformada*

	Grupo	Media	SD	n
Alexitimia	= trauma	30,79	13,26	53
	≠ traumas	29,65	14,22	52
	GC	32,46	14,60	24
	Imaginación	26,95	14,78	22
	Total	30,10	13,99	151
Optimismo	= trauma	23,50	4,96	53
	≠ traumas	24,00	5,13	52
	GC	24,03	5,55	24
	Imaginación	24,22	5,73	22
	Total	23,86	5,18	151
TEPT	= trauma	9,02	8,61	53
	≠ traumas	9,69	8,06	52
	GC	9,70	6,97	24
	Imaginación	9,09	7,59	22
	Total	9,37	7,96	151
Pensamientos intrusivos	= trauma	7,78	5,69	53
	≠ traumas	9,23	6,55	52
	GC	8,41	4,31	24
	Imaginación	9,59	5,03	22
	Total	8,64	5,72	151
Evitación	= trauma	8,35	6,13	53
	≠ traumas	9,78	6,21	52
	GC	9,72	5,27	24
	Imaginación	10,02	4,34	22
	Total	9,31	5,79	151
Ansiedad	= trauma	10,28	3,38	53
	≠ traumas	10,65	3,00	52
	GC	8,93	3,30	24
	Imaginación	10,27	1,63	22
	Total	10,19	3,06	151
Depresión	= trauma	7,50	2,20	53
	≠ traumas	7,69	2,46	52
	GC	6,80	2,90	24
	Imaginación	8,22	1,02	22
	Total	7,56	2,31	151
Salud	= trauma	3,45	1,30	53
	≠ traumas	3,09	1,51	52
	GC	3,12	1,45	24
	Imaginación	3,22	,86	22
	Total	3,24	1,35	151

Nota. Alexitimia = nivel de alexitimia medido a través de la TAS-20; Optimismo = nivel de optimismo medido a través del LOT-R; TEPT = nivel de estrés postraumático medido a través de la PDS; Pensamientos intrusivos = nivel de pensamientos intrusivos medido a través de la IES-R; Evitación =



nivel de respuestas de evitación medido a través de la IES-R; Ansiedad = nivel de ansiedad medido a través de la HADS; Depresión = nivel de depresión medido a través de la HADS; Salud = nivel de salud medido a través de la ESF; = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones;  $\neq$  trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; Imaginación = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático imaginario durante tres sesiones; GC = condición experimental en la que los participantes narran situaciones triviales durante tres sesiones;  $n$  = número de participantes asignados a la condición experimental;  $SD$  = desviación típica.

En la tabla 6b se recoge el análisis de la varianza (ANOVA) de las medidas previas de alexitimia, optimismo, estrés postraumático, pensamientos intrusivos, conductas de evitación, ansiedad, depresión y salud autoinformada. En ella, todos los valores  $p$  son iguales o mayores que 0,05. Por tanto, no existían diferencias significativas. Es en ansiedad, donde  $p$  toma los valores más bajos, sin embargo, se encuentra muy lejos de la significación estadística.

Tabla 6b

*ANOVA de las medidas previas de alexitimia, optimismo, estrés postraumático, pensamientos intrusivos, conductas de evitación, ansiedad, depresión y salud autoinformada*

Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	$F$	Sig	$\eta^2$
Alexitimia	387,04	3	129,01	,65	,58	,01
Optimismo	11,33	3	3,77	,13	,93	,00
TEPT	16,34	3	5,44	,08	,96	,00
Pensamientos intrusivos	78,25	3	26,08	,79	,50	,01
Evitación	75,28	3	25,09	,74	,52	,01
Ansiedad	49,86	3	16,62	1,79	,15	,03
Depresión	24,63	3	8,21	1,54	,20	,03
Salud	3,74	3	1,24	,68	,56	,01

Nota. Alexitimia = nivel de alexitimia medido a través de la TAS-20; Optimismo = nivel de optimismo medido a través del LOT-R; TEPT = nivel de estrés postraumático medido a través de la PDS; Pensamientos intrusivos = nivel de pensamientos intrusivos medido a través de la IES-R; Evitación = nivel de respuestas de evitación medido a través de la IES-R; Ansiedad = nivel de ansiedad medido a través de la HADS; Depresión = nivel de depresión medido a través de la HADS; Salud = nivel de salud medido a través de la ESF.

### 3.1. Análisis del efecto de las sesiones sobre los grupos de RE

Una vez comprobada la inexistencia de diferencias previas en las variables dependientes, así como en las covariables, un primer bloque de análisis se realizó para conocer el efecto del grupo de RE: RE mismo-trauma, RE distinto-trauma, RE trauma-imaginario o grupo control. Con estos análisis, se perseguía conocer el efecto de la RE, tanto sesión a sesión, como del tratamiento completo.

Inicialmente, se realizó un análisis de la varianza de medidas repetidas (MANOVA) sobre las cuatro subescalas de EVEA que miden ansiedad, depresión, alegría y hostilidad; y las dos subescalas PANAS que mide afecto positivo y negativo. Estas medidas fueron seleccionadas para monitorizar el efecto de las sesiones de los grupos de RE: RE mismo-trauma, RE distinto-trauma, RE trauma-imaginario o grupo control.

En la variable ansiedad, medida a través de la escala EVEA, se encontraron diferencias significativas en función del efecto de las sesiones  $F(1,147) = 7,40, p = ,01$ ,  $\eta^2 = ,04$ , y del grupo experimental  $F(1,147) = 3,26, p = ,02$ ,  $\eta^2 = ,06$ . Es decir, se hallaron diferencias en las medidas de ansiedad por el efecto de las sesiones de escritura en todos los grupos experimentales y entre los grupos experimentales.

En la tabla 7a se recogen las medias y desviaciones típicas de las medidas de ansiedad, medidas por la escala EVEA, sesión a sesión.

Tabla 7a

*Medias y desviaciones típicas de las medidas de ansiedad, medidas por la escala EVEA, sesión a sesión*

	Grupo	Media	SD	n
Ansiedad sesión 1	= trauma	15,62	10,87	53
	≠ traumas	14,82	9,80	52
	GC	10,08	8,21	24
	Imaginación	17,45	11,07	22
	Total	14,73	10,29	151
Ansiedad sesión 2	= trauma	11,75	9,76	53
	≠ traumas	12,96	9,57	52
	GC	10,16	9,07	24
	Imaginación	17,14	12,13	22
	Total	12,70	10,08	151
Ansiedad sesión 3	= trauma	9,54	9,44	53
	≠ traumas	12,82	8,98	52
	GC	10,84	8,43	24
	Imaginación	15,45	9,96	22
	Total	11,74	9,35	151

Nota. = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; Imaginación = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático imaginario durante tres sesiones; GC = condición experimental en la que los participantes narran situaciones triviales durante tres sesiones; n = número de participantes asignados a la condición experimental; SD = desviación típica; Ansiedad sesión 1 = nivel de ansiedad tras la primera sesión de RE medido por la EVEA; Ansiedad sesión 2 = nivel de ansiedad tras la segunda sesión de RE medido por la EVEA; Ansiedad sesión 3 = nivel de ansiedad tras la tercera sesión de RE medido por la EVEA.

En la tabla 7b se muestran los contrastes intrasujeto de la subescala ansiedad. En ella, los valores  $p$  son menores a 0,05 en los modelos lineales.

Tabla 7b

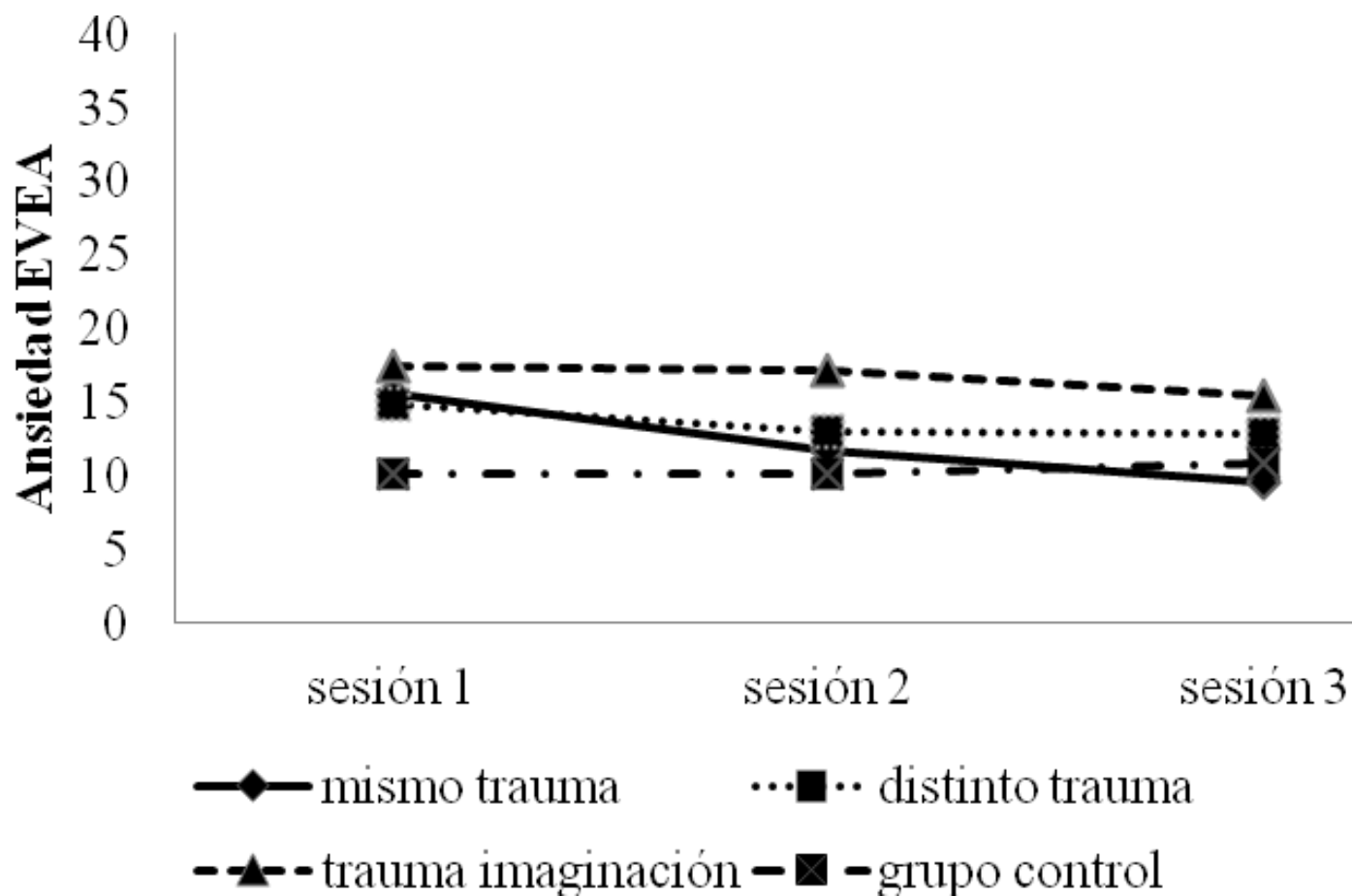
*Contrastes intrasujeto de la subescala ansiedad de EVEA*

Fuente	Ansiedad	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	$F$	Sig	$\eta^2$
Ansiedad	Lineal	345,926	1	345,926	7,405	<b>,01</b>	,04
	Cuadrático	8,950	1	8,950	,352	,55	,00
Ansiedad*grupo	Lineal	457,595	3	152,532	3,265	<b>,02</b>	,06
	Cuadrático	29,819	3	9,940	,391	,76	,00

Nota. Ansiedad = nivel de ansiedad medido por la EVEA; grupo = condición experimental.

Como se observa en la figura 1, las tres condiciones experimentales de RE presentan mayores niveles de ansiedad en la primera sesión, que disminuyen a lo largo de las sesiones de RE, especialmente en el caso del grupo de RE mismo-trauma, seguido del grupo de RE distinto-trauma. Sin embargo, aunque el grupo de trauma-imaginario fue el que más se activó, no se benefició de la habituación a lo largo de las sesiones.

Figura 1. Nivel de ansiedad sesión a sesión medido por la escala EVEA.



En la variable depresión, medida a través de la escala EVEA, se hallaron diferencias significativas en función del efecto de las sesiones  $F(1,147) = 12,70, p = ,00$ ,  $\eta^2 = ,08$ , y del grupo experimental  $F(1,147) = 7,86, p = ,00$ ,  $\eta^2 = ,13$ . Por tanto, se hallaron diferencias en las medidas de depresión, evaluadas por la EVEA, por el efecto de las sesiones de escritura en todos los grupos experimentales y entre los grupos experimentales.

En la tabla 8a se muestran las medias y desviaciones típicas de las medidas de depresión, medidas por la escala EVEA, sesión a sesión.

Tabla 8a

*Medias y desviaciones típicas de las medidas de depresión, medidas por la EVEA, sesión a sesión*

	Grupo	Media	SD	n
Depresión sesión 1	= trauma	16,66	10,67	53
	≠ traumas	18,01	11,53	52
	GC	5,56	5,83	24
	Imaginación	18,50	10,99	22
	Total	15,63	11,25	151
Depresión sesión 2	= trauma	13,52	10,45	53
	≠ traumas	13,63	10,27	52
	GC	7,55	8,20	24
	Imaginación	18,42	12,53	22
	Total	13,32	10,73	151
Depresión sesión 3	= trauma	12,41	10,31	53
	≠ traumas	12,92	9,45	52
	GC	5,58	7,14	24
	Imaginación	16,18	10,69	22
	Total	12,05	10,03	151

Nota. = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; Imaginación = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático imaginario durante tres sesiones; GC = condición experimental en la que los participantes narran situaciones triviales durante tres sesiones; n = número de participantes asignados a la condición experimental; SD = desviación típica; Depresión sesión 1 = nivel de depresión tras la primera sesión de RE medido por la EVEA; Depresión sesión 2 = nivel de depresión tras la segunda sesión de RE medido por la EVEA; Depresión sesión 3 = nivel de depresión tras la tercera sesión de RE medido por la EVEA.



En la tabla 8b se exponen los contrastes intrasujeto de la subescala depresión.

Tabla 8b

*Contrastes intrasujeto de la subescala depresión de EVEA*

Fuente	Depresión	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	<i>F</i>	Sig	$\eta^2$
Depresión	Lineal	541,27	1	541,27	12,702	<b>,00</b>	,08
	Cuadrático	,23	1	,23	,006	,94	,00
Depresión*grupo	Lineal	244,52	3	81,50	1,913	,13	,03
	Cuadrático	206,21	3	68,73	1,627	,18	,03

Nota. Depresión = nivel de depresión medido por la EVEA; grupo = condición experimental.

En la tabla 8c se presentan los contrastes inter sujeto de la subescala depresión de EVEA.

Tabla 8c

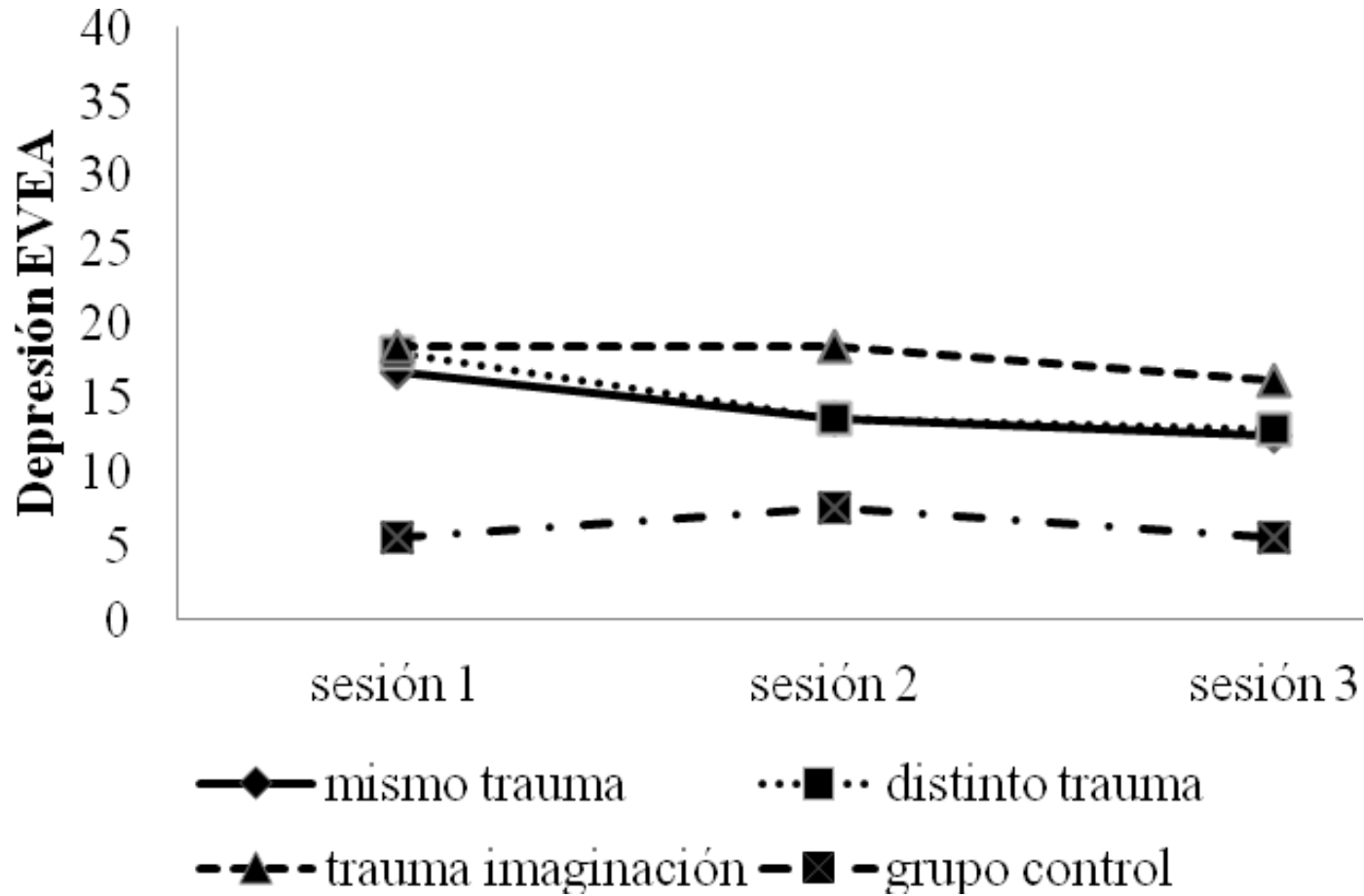
*Contrastes inter sujeto de la subescala depresión de EVEA*

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
Intersección	67301,93	1	67301,93	298,49	,00	,67
Grupo	5316,71	3	1772,24	7,860	<b>,00</b>	,13

Nota. Grupo = condición experimental.

En la figura 2 se observa cómo, al igual que con los niveles de ansiedad, los participantes de los grupos de RE se activaron inicialmente y se beneficiaron de una habituación progresiva a lo largo de las sesiones, manifiesta en la disminución de los niveles de depresión sesión a sesión, especialmente en el grupo de RE mismo-trauma, seguido del grupo de RE distinto-trauma. Sin embargo, aunque el grupo de trauma imaginación fue el que más se activó inicialmente, prácticamente no se benefició de la habituación a lo largo de las sesiones.

Figura 2. Nivel de depresión sesión a sesión medido por la escala EVEA



En la variable hostilidad medida a través de la escala EVEA se localizó una diferencia significativa en el efecto del grupo experimental  $F(3,147) = 5,14, p = ,00, \eta^2 = ,09$ . Por tanto, se hallaron diferencias entre los grupos experimentales en las medidas de hostilidad, evaluadas por la EVEA.

En la tabla 9a se recoge las medias y desviaciones típicas de las medidas de hostilidad, medidas por la escala EVEA, sesión a sesión.

Tabla 9a

*Medias y desviaciones típicas de las medidas de hostilidad, medidas por la escala EVEA, sesión a sesión*

	Grupo	Media	SD	n
Hostilidad sesión 1	= trauma	11,21	9,94	53
	≠ traumas	9,26	10,15	52
	GC	3,08	6,05	24
	Imaginación	13,18	12,16	22
	Total	9,53	10,26	151
Hostilidad sesión 2	= trauma	8,07	9,52	53
	≠ traumas	10,99	11,46	52
	GC	1,95	4,58	24
	Imaginación	13,67	13,53	22
	Total	8,92	10,85	151
Hostilidad sesión 3	= trauma	8,20	9,66	53
	≠ traumas	9,24	9,27	52
	GC	5,01	8,92	24
	Imaginación	11,13	11,83	22
	Total	8,48	9,83	151

Nota. = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; Imaginación = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático imaginario durante tres sesiones; GC = condición experimental en la que los participantes narran situaciones triviales durante tres sesiones; n = número de participantes asignados a la condición experimental; SD = desviación típica; Hostilidad sesión 1 = nivel de hostilidad tras la primera sesión de RE medido por la EVEA; Hostilidad sesión 2 = nivel de hostilidad tras la segunda sesión de RE medido por la EVEA; Hostilidad sesión 3 = nivel de hostilidad tras la tercera sesión de RE medido por la EVEA.

En la tabla 9b se muestran los contrastes inter sujeto de la subescala hostilidad.

Tabla 9b

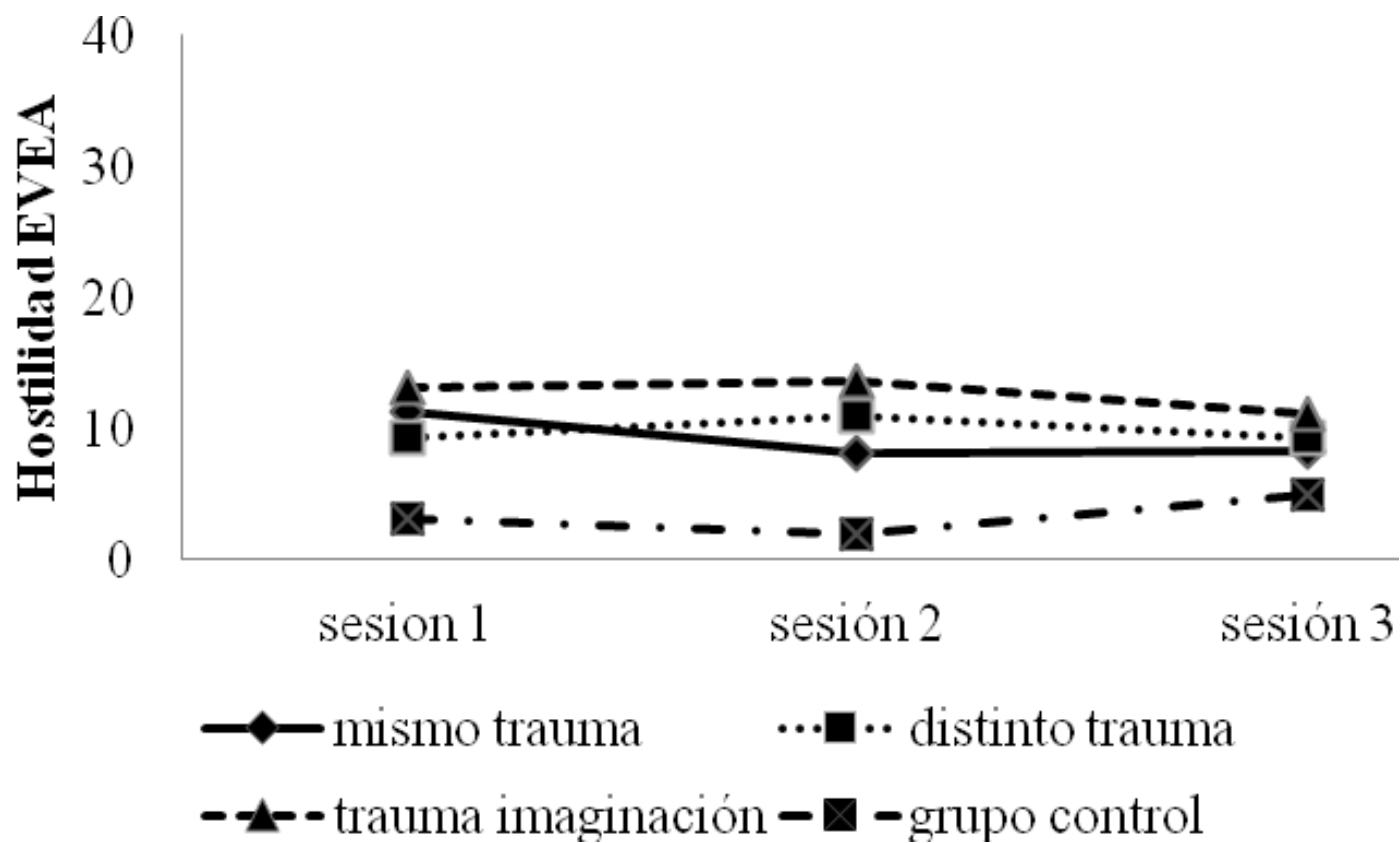
*Contrastes inter sujeto de la subescala hostilidad de EVEA*

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	<i>F</i>	Sig	$\eta^2$
Intersección	29384,43	1	29384,43	137,52	,00	,48
Grupo	3295,51	3	1098,50	5,14	<b>,00</b>	,09

Nota. Grupo = condición experimental.

En la figura 3, nuevamente, se observa en los grupos de RE una activación inicial del nivel de hostilidad. El grupo de RE mismo-trauma, presenta una habituación, especialmente marcada en la segunda sesión. Los grupos de RE distinto-trauma y RE trauma-imaginario presentan un comportamiento similar, con un aumento de ligero aumento de la hostilidad en la segunda sesión, seguida de una disminución en la tercera sesión.

Figura 3. Nivel de hostilidad sesión a sesión medido por la escala EVEA



En la última variable de la escala EVEA, el nivel de alegría se encontró una diferencia significativa en función del efecto del grupo experimental  $F(3,147) = 5,14, p = ,00, \eta^2 = ,09$ . Por tanto, se hallaron diferencias en las medidas de alegría, evaluadas por la EVEA, entre los grupos experimentales.

En la tabla 10a se recogen las medias y desviaciones típicas de las medidas de alegría, medidas por la escala EVEA, sesión a sesión.

Tabla 10a

*Medias y desviaciones típicas de las medidas de alegría, medidas por la escala EVEA, sesión a sesión*

	Grupo	Media	SD	n
Alegría sesión 1	= trauma	13,15	9,12	53
	≠ traumas	16,25	11,53	52
	GC	27,45	7,73	24
	Imaginación	17,59	8,53	22
	Total	17,14	10,78	151
Alegría sesión 2	= trauma	15,22	8,35	53
	≠ traumas	17,92	9,98	52
	GC	24,58	9,55	24
	Imaginación	13,70	9,33	22
	Total	17,42	9,81	151
Alegría sesión 3	= trauma	16,10	9,73	53
	≠ traumas	16,45	9,47	52
	GC	22,97	10,46	24
	Imaginación	16,10	8,98	22
	Total	17,31	9,87	151

Nota. = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; Imaginación = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático imaginario durante tres sesiones; GC = condición experimental en la que los participantes narran situaciones triviales durante tres sesiones; n = número de participantes asignados a la condición experimental; SD = desviación típica; Alegría sesión 1 = nivel de alegría tras la primera sesión de RE medido por la EVEA; Alegría sesión 2 = nivel de alegría tras la segunda sesión de RE medido por la EVEA; Alegría sesión 3 = nivel de alegría tras la tercera sesión de RE medido por la EVEA.

En la tabla 10b se observan los contrastes intrasujeto de la subescala alegría.

Tabla 10b

*Contrastes intrasujeto de la subescala alegría de EVEA*

Fuente	Depresión	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
Alegría	Lineal	31,64	1	31,64	,73	,39	,00
	Cuadrático	13,82	1	13,82	,57	,45	,00
Alegría*grupo	Lineal	495,60	3	165,20	3,84	<b>,01</b>	,07
	Cuadrático	246,07	3	82,02	3,41	<b>,01</b>	,06

Nota. Alegría = nivel de alegría medido por la EVEA; grupo = condición experimental.

En la tabla 10c se muestran los contrastes inter sujeto de la subescala alegría.

Tabla 10c

*Contrastes inter sujeto de la subescala alegría de EVEA*

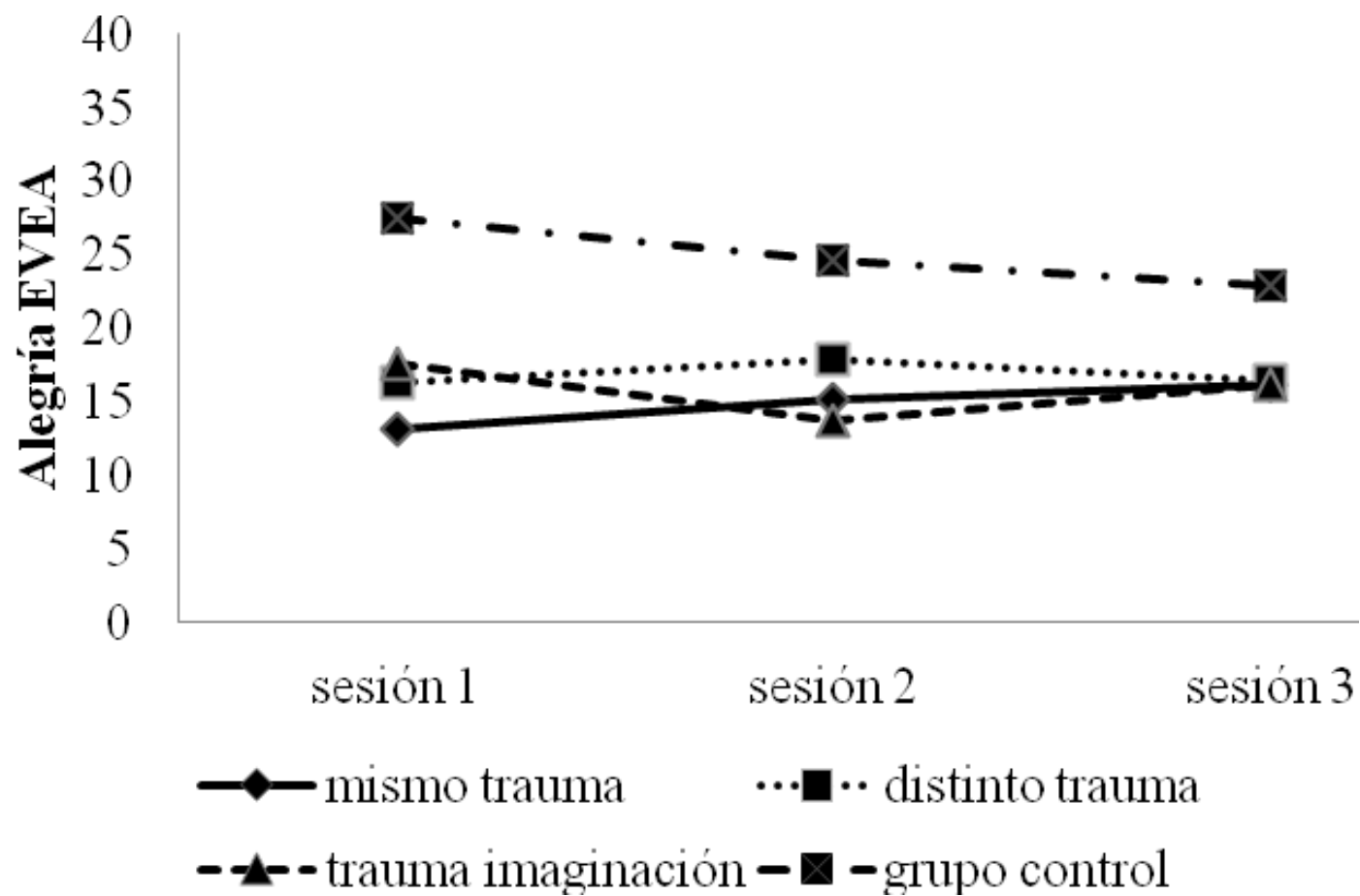
Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
Intersección	125956,55	1	125956,55	606,35	,00	,80
Grupo	5421,50	3	1807,16	8,70	<b>,00</b>	,15

Nota. Grupo = condición experimental.

En la figura 4 se observa como el nivel alegría es más bajo en los tres grupos experimentales que en el grupo control y solo en el grupo de RE mismo-trauma presenta una marcada tendencia ascendente estable a lo largo de las sesiones. El grupo de RE distinto-trauma aumenta su nivel de alegría en la segunda sesión, seguida de una estabilización en la tercera sesión. El grupo de RE trauma-imaginario, por el contrario, disminuye su nivel de alegría en la segunda sesión y lo aumenta en la tercera sesión, con lo que llega al nivel inicial de alegría. En último lugar, se observa un efecto negativo sobre el grupo control que disminuye su nivel de alegría progresivamente.



Figura 4. Nivel de alegría sesión a sesión medido por la escala EVEA



Los análisis de los resultados de las cuatro subescalas de la EVEA muestran una activación de los estados emocionales negativos inicialmente, así como una disminución del estado de emocional positivo. A lo largo de las sesiones, los grupos de RE, especialmente, el grupo de RE mismo-trauma, se benefician de una habituación a lo largo de las sesiones, que se tradujo en aumento de los niveles de alegría y una disminución de los niveles de ansiedad, depresión y hostilidad.

Tras analizar las cuatro subescalas de EVEA, se continuó con las dos subescalas de PANAS. Con respecto a las subescalas de afectividad positiva y afectividad negativa, se observó una diferencia estadísticamente significativa en la subescala afecto positivo (AP). Este resultado fue producto del efecto del grupo experimental,  $F(3,147) = 4,87, p = ,00, \eta^2 = ,09$ . Es decir, se encontraron diferencias en las medidas de AP, evaluadas por PANAS, entre los grupos experimentales.

En la tabla 11a se recogen las medias y desviaciones típicas de las medidas de AP, medidas a través de la escala PANAS, sesión a sesión.

Tabla 11a

*Medias y desviaciones típicas de las medidas de AP medidas por la PANAS sesión a sesión*

	Grupo	Media	SD	n
AP sesión 1	= trauma	11,83	5,88	53
	≠ traumas	13,19	6,49	52
	GC	17,80	6,03	24
	Imaginación	13,31	6,03	22
	Total	13,47	6,40	151
AP sesión 2	= trauma	12,51	5,47	53
	≠ traumas	14,34	6,47	52
	GC	16,11	7,17	24
	Imaginación	12,86	6,28	22
	Total	13,76	6,30	151
AP sesión 3	= trauma	10,88	6,09	53
	≠ traumas	12,40	6,77	52
	GC	16,33	7,37	24
	Imaginación	13,71	6,25	22
	Total	12,68	6,76	151

Nota. = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; Imaginación = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático imaginario durante tres sesiones; GC = condición experimental en la que los participantes narran situaciones triviales durante tres sesiones; n = número de participantes asignados a la condición experimental; SD = desviación típica; AP sesión 1 = nivel de afecto positivo tras la primera sesión de RE medido por la PANAS; AP sesión 2 = nivel de afecto positivo tras la segunda sesión de RE medido por la PANAS; AP sesión 3 = nivel de afecto positivo tras la tercera sesión de RE medido por la PANAS.

En la tabla 11b se muestran los contrastes inter sujeto de la subescala AP de PANAS.

Tabla 11b

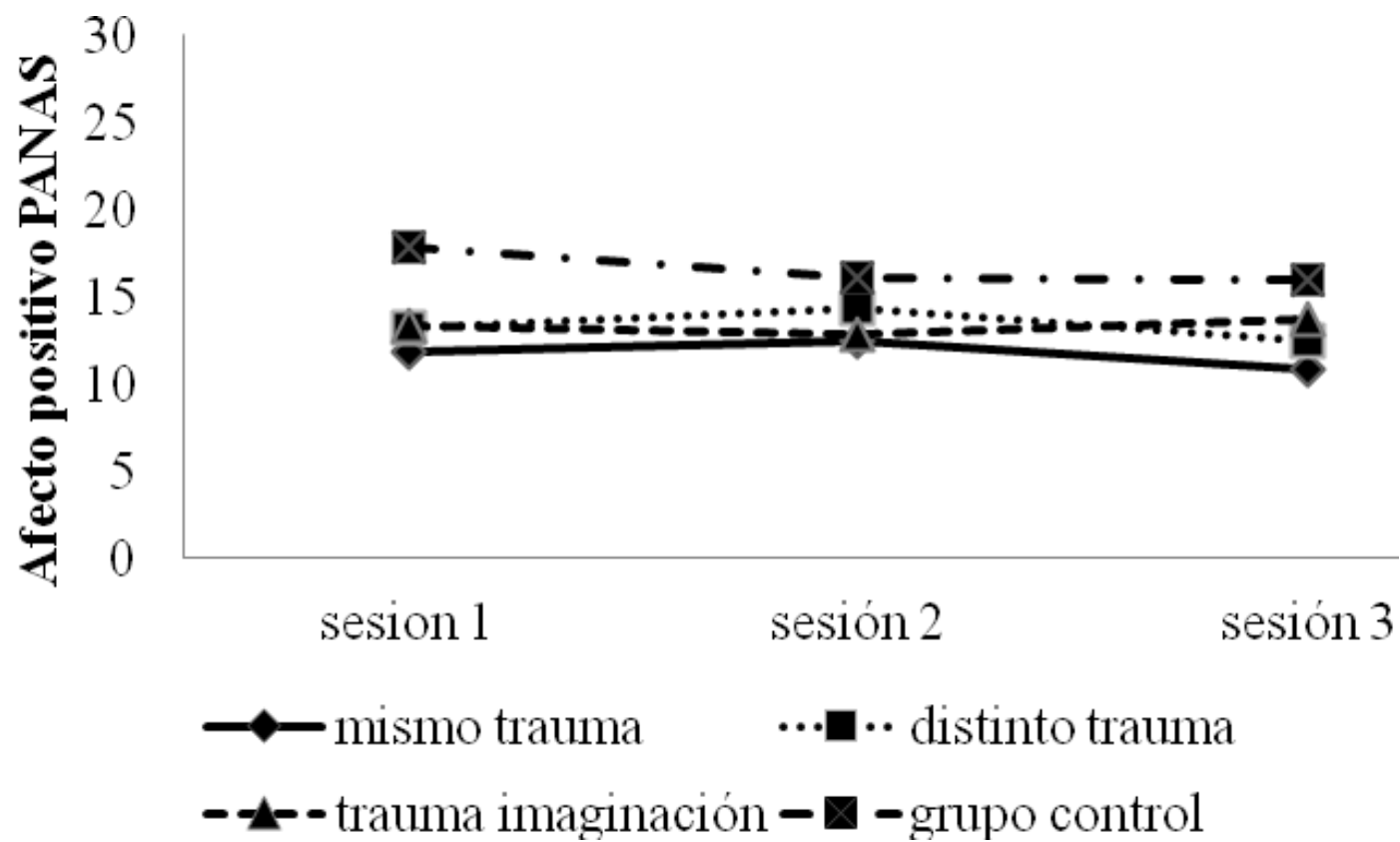
*Contrastes inter sujeto de la subescala AP de PANAS*

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
Intersección	72769,67	1	72769,67	856,40	,00	,85
Grupo	1242,01	3	414,00	4,87	,00	,09

Nota. Grupo = condición experimental.

En la figura 5 se observa una disminución del AP en el grupo control, mientras que los grupos de RE presentan sus niveles de AP estables o con una tendencia ligeramente ascendente.

Figura 5. Nivel de AP sesión a sesión medido por la escala PANAS



En la subescala de afecto negativo (AN) de la escala PANAS, también se observó una diferencia estadísticamente significativa. Este resultado, igualmente, fue producto del efecto del grupo experimental,  $F(3,147) = 6,95, p = ,00, \eta^2 = ,12$ . Por tanto, se observaron diferencias en las medidas de AN, evaluadas por la PANAS, entre los grupos experimentales.

En la tabla 12a se recogen las medias y desviaciones típicas de las medidas de AN, medidas por la escala PANAS, sesión a sesión.

Tabla 12a

*Medias y desviaciones típicas de las medidas de AN, medidas por la escala PANAS, sesión a sesión*

	Grupo	Media	SD	n
AN sesión 1	= trauma	6,76	5,79	53
	≠ traumas	6,45	5,31	52
	GC	2,95	2,64	24
	Imaginación	8,71	6,17	22
	Total	6,33	5,51	151
AN sesión 2	= trauma	5,79	5,51	53
	≠ traumas	6,51	5,56	52
	GC	2,28	2,45	24
	Imaginación	8,71	6,36	22
	Total	5,91	5,56	151
AN sesión 3	= trauma	5,35	5,52	53
	≠ traumas	5,52	4,85	52
	GC	2,42	4,25	24
	Imaginación	7,84	6,87	22
	Total	5,31	5,50	151

Nota. = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; Imaginación = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático imaginario durante tres sesiones; GC = condición experimental en la que los participantes narran situaciones triviales durante tres sesiones; n = número de participantes asignados a la condición experimental; SD = desviación típica; AN sesión 1 = nivel de afecto negativo tras la primera sesión de RE medido por la PANAS; AN sesión 2 = nivel de afecto negativo tras la segunda sesión de RE medido por la PANAS; AN sesión 3 = nivel de afecto negativo tras la tercera sesión de RE medido por la PANAS.

En la tabla 12b se muestran los contrastes inter sujeto de la subescala AN de PANAS.

Tabla 12b

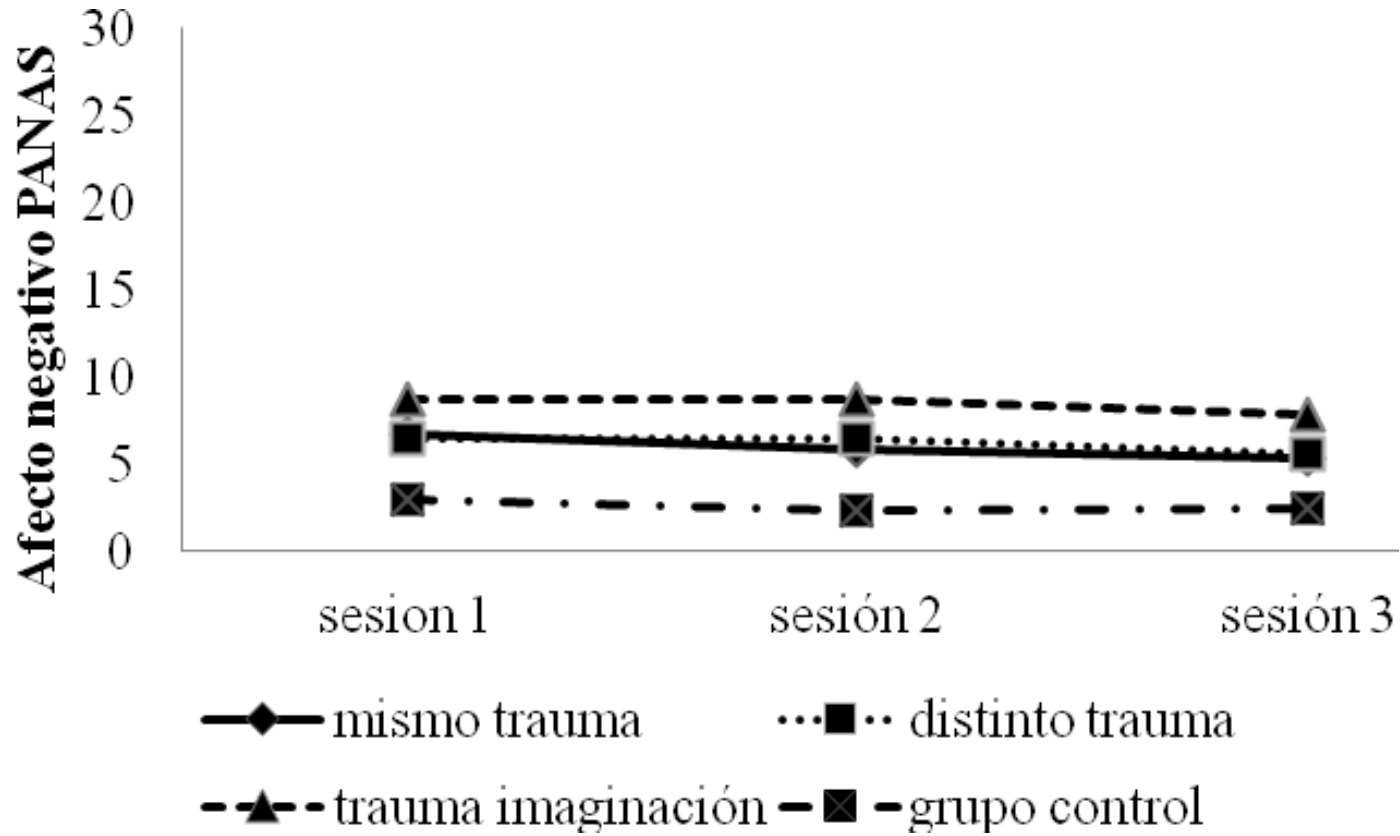
*Contrastes inter sujeto de la subescala AN de PANAS*

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	<i>F</i>	Sig	$\eta^2$
Intersección	12803,61	1	12803,61	216,22	,00	,59
Grupo	1234,66	3	411,55	6,95	<b>,00</b>	,12

Nota. Grupo = condición experimental.

En la figura 6 se observa una activación inicial del AN en las condiciones experimentales de RE en comparación con el grupo control, seguida de una disminución del AN en estos grupos. Los grupos de RE mismo-trauma y RE distinto-trauma presentan una habituación progresiva sesión a sesión. Sin embargo, aunque el grupo de RE trauma imaginación es el que presenta un nivel superior en la primera sesión, su habituación se presenta de forma tenue.

Figura 6. Nivel de AN sesión a sesión medido por la escala PANAS





### **3.2. Efecto de la RE sobre los niveles de pensamientos intrusivos, respuestas de evitación, ansiedad, depresión y salud.**

Una vez analizados los efectos contextuales-situacionales de los distintos procedimientos de RE, donde se pudo observar que los grupos que llevaron a cabo la reexperimentación lograron activarse, se realizaron los análisis con respecto a las variables dependientes de resultados. Esta activación se observó en el incremento inicial en los niveles de ansiedad, depresión, hostilidad y afecto negativo, seguida de una disminución de estos niveles sesión a sesión, y en el decremento del nivel de alegría en la primera sesión, seguido de un aumento sesión a sesión, en todos los grupos de RE frente al grupo control. Esta tendencia se observó, especialmente, en el grupo de RE mismo-trauma.

En este sentido, se realizaron nuevos análisis de las varianzas con medidas repetidas, en los que se tomaron las medidas previas y las medidas del seguimiento para los niveles de ansiedad y depresión (HADS), para las respuestas de intrusión y evitación (IES-R) y para el nivel de salud (ESF).

En relación a las respuestas de intrusión y evitación, no se observaron efectos significativos algunos. Los valores que tomó  $p$  en los contrastes intra e inter sujeto, tanto de intrusión como de evitación, eran mayores a 0,05 y se encontraban muy lejos de la significación estadística. Sin embargo, si se observan las medias en los momentos pre y seguimiento, se detecta cómo es el grupo de narración de distintos traumas el que más se beneficia de reducciones de los pensamientos intrusivos gracias al procedimiento de RE.

En la tabla 13a se recogen las medias y desviaciones típicas de las medidas de pensamientos intrusivos, medidas por la escala IES-R, en los momentos pre y seguimiento.

Tabla 13a

*Medias y desviaciones típicas de las medidas de pensamientos intrusivos, medidas por la IES-R, en los momentos pre y seguimiento*

	Grupo	Media	SD	n
Intrusión pre	= trauma	7,78	5,69	53
	≠ traumas	9,23	6,55	52
	GC	8,41	4,31	24
	Imaginación	9,59	5,03	22
	Total	8,64	5,72	151
Intrusión post	= trauma	8,11	5,96	53
	≠ traumas	8,25	5,29	52
	GC	9,12	4,81	24
	Imaginación	8,17	4,84	22
	Total	8,33	5,37	151

Nota. = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; Imaginación = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático imaginario durante tres sesiones; GC = condición experimental en la que los participantes narran situaciones triviales durante tres sesiones; n = número de participantes asignados a la condición experimental; SD = desviación típica; Intrusión pre = nivel de pensamientos intrusivos previo a la primera sesión de RE medido por la IES-R; Intrusión post = nivel de pensamientos intrusivos medido en el seguimiento a través de la IES-R.

En la tabla 13b se muestran los contrastes intrasujeto de la subescala pensamientos intrusivos de la IES-R.

Tabla 13b

*Contrastes intrasujeto de la subescala pensamientos intrusivos de IES-R*

Fuente	Depresión	Suma de cuadrados tipo III	Gl	Media cuadrática a	F	Sig	$\eta^2$
Intrusión	Lineal	7,43	1	7,43	,52	,47	,00
Intrusión*grupo	Lineal	48,35	3	16,11	1,13	,33	,02

Nota. Intrusión = nivel de pensamientos intrusivos medido por la IES; grupo = condición experimental.

En la tabla 13c se muestran los contrastes inter sujeto de la subescala pensamientos intrusivos de la IES.

Tabla 13c

*Contrastes inter sujeto de la subescala pensamientos intrusivos de IES*

Fuente	Depresión	Suma de cuadrados tipo III	Gl	Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
Intersección	Lineal	18842,93	1	18842,93	392,22	,00	,72
Grupo	Lineal	48,33	3	16,11	,33	,80	,00

Nota. Grupo = condición experimental.

Por otro lado, en la tabla 14a se recogen las medias y desviaciones típicas de las medidas de las respuestas de evitación, medidas por la escala IES, en los momentos pre y seguimiento.

Se detecta en los grupos de RE disminuciones de las puntuaciones de evitación, en los momentos pre y seguimiento, aunque no alcanzan la significación estadística.

Tabla 14a

*Medias y desviaciones típicas de las medidas de respuestas de evitación, medidas por la IES, en los momentos pre y seguimiento*

	Grupo	Media	SD	n
Evitación pre	= trauma	8,35	6,13	53
	≠ traumas	9,78	6,21	52
	GC	9,72	5,27	24
	Imaginación	10,02	4,34	22
	Total	9,31	5,79	151
Evitación post	= trauma	7,78	4,99	53
	≠ traumas	8,88	5,30	52
	GC	9,79	4,92	24
	Imaginación	9,26	3,69	22
	Total	8,69	4,94	151

Nota. = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; Imaginación = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático imaginario durante tres sesiones; GC = condición experimental en la que los participantes narran situaciones triviales durante tres sesiones; n = número de participantes asignados a la condición experimental; SD = desviación típica; Evitación pre = nivel de respuestas de evitación previo a la primera sesión de RE medido por la IES; Evitación post = nivel de respuestas de evitación medido en el seguimiento a través de la IES.

En la tabla 14b se muestran los contrastes intrasujeto de la subescala respuestas de evitación de la IES.

Tabla 14b

*Contrastes intrasujeto de la subescala respuestas de evitación de IES*

Fuente	Depresión	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
Evitación	Lineal	18,85	1	18,85	1,24	,26	,00
Evitación*grupo	Lineal	8,04	3	2,68	,17	,91	,00

Nota. Evitación = nivel de respuestas de evitación medido por la IES; grupo = condición experimental.

En la tabla 14c se muestran los contrastes inter sujeto de la subescala respuestas de evitación de la IES.

Tabla 14c

*Contrastes inter sujeto de la subescala respuestas de evitación de IES*

Fuente	Depresión	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
Intersección	Lineal	21646,21	1	21646,21	503,45	,00	,77
Grupo	Lineal	149,38	3	49,79	1,15	,32	,02

Nota. Grupo = condición experimental

Sin embargo, para el nivel de ansiedad, medido a través de la escala HADS, sí se encontraron diferencias significativas en función de la interacción del momento de evaluación con la condición experimental,  $F(3,147) = 3,27, p = ,02, \eta^2 = ,06$ . Por tanto, se hallaron diferencias en las medidas de ansiedad, medidas por la EVEA, entre los grupos experimentales por el efecto de las sesiones de escritura.

En la tabla 15a se recogen las medias y desviaciones típicas de las medidas de ansiedad, medidas por la escala HADS, en los momentos pre y seguimiento.

Tabla 15a

*Medias y desviaciones típicas de las medidas de ansiedad, medidas por la HADS, en los momentos pre y seguimiento*

	Grupo	Media	SD	n
Ansiedad pre	= trauma	10,28	3,38	53
	≠ traumas	10,65	3,00	52
	GC	8,93	3,30	24
	Imaginación	10,27	1,63	22
	Total	10,19	3,06	151
Ansiedad post	= trauma	9,33	2,32	53
	≠ traumas	10,51	2,97	52
	GC	9,90	3,08	24
	Imaginación	10,62	1,45	22
	Total	10,02	2,63	151

Nota. = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; Imaginación = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático imaginario durante tres sesiones; GC = condición experimental en la que los participantes narran situaciones triviales durante tres sesiones; n = número de participantes asignados a la condición experimental; SD = desviación típica; Ansiedad pre = nivel de ansiedad previo a la primera sesión de RE medido por la HADS; Ansiedad post = nivel de ansiedad medido en el seguimiento a través de la HADS.

En la tabla 15b se muestran los contrastes intrasujeto de la subescala ansiedad de la HADS.

Tabla 15b

*Contrastes intrasujeto de la subescala ansiedad de HADS*

Fuente	Depresión	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
Ansiedad	Lineal	,24	1	,24	,06	,79	,00
Ansiedad*grupo	Lineal	34,67	3	11,55	3,27	<b>,02</b>	,06

Nota. Ansiedad = nivel de ansiedad medido por la HADS; grupo = condición experimental.

Tal y como puede observarse en la en la Figura 7, parece que solo los participantes del grupo de mismo trauma disminuyen sus niveles de ansiedad, frente al resto de las condiciones experimentales que aumentan o permanecen estables. El grupo

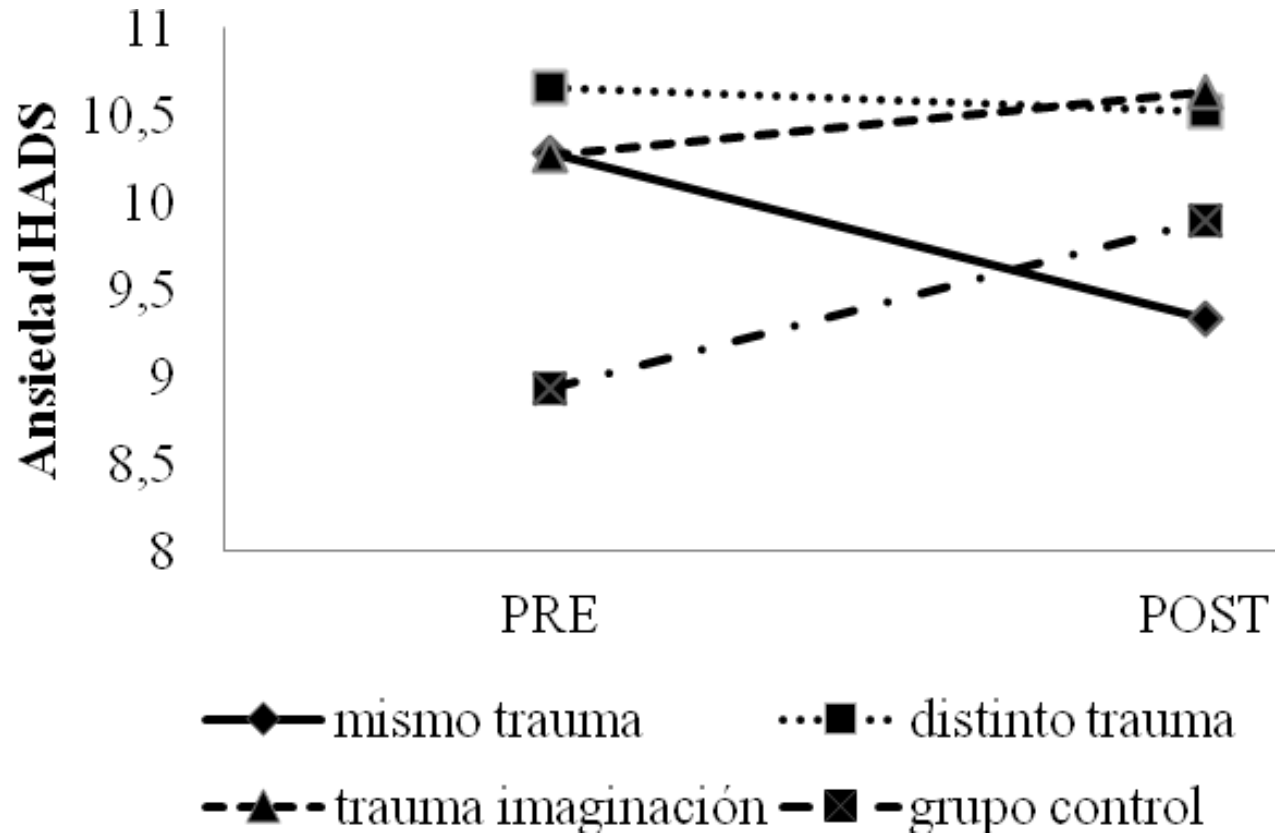
de narración de distinto trauma mantiene estable el nivel de ansiedad en los momentos pre y seguimiento, mientras que el grupo de narración de trauma imaginación aumenta ligeramente su nivel de ansiedad del momento pre al seguimiento. El grupo control, presentó una tendencia creciente muy marcada en los niveles de ansiedad entre los momentos pre y seguimiento<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Para observar las tendencias de los grupos de RE en ansiedad, no se muestra la escala real de medida de la subescala ansiedad de la HADS.



Figura 7. Nivel de ansiedad en los momentos pre y seguimiento medido por la HADS



Para el nivel de depresión medido por la HADS, se observa una diferencia estadísticamente significativa. Esta diferencia fue producto del efecto de la interacción del momento de evaluación con el grupo experimental,  $F(3,147) = 9,31, p = ,00, \eta^2 = ,16$ . Por tanto, se hallaron diferencias en las medidas de depresión, medidas por la HADS, entre los grupos experimentales por el efecto de las sesiones de escritura.

En la tabla 16a se recogen las medias y desviaciones típicas de las medidas de depresión, medidas por la escala HADS, en los momentos pre y seguimiento.

Tabla 16a

*Medias y desviaciones típicas de las medidas de depresión, medidas por la HADS, en los momentos pre y seguimiento*

	Grupo	Media	SD	n
Depresión pre	= trauma	7,50	2,20	53
	≠ traumas	7,69	2,46	52
	GC	6,80	2,90	24
	Imaginación	8,22	1,02	22
	Total	7,56	2,31	151
Depresión post	= trauma	6,69	2,60	53
	≠ traumas	7,51	2,16	52
	GC	8,71	2,06	24
	Imaginación	8,36	1,35	22
	Total	7,54	2,32	151

Nota. = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ traumas = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; Imaginación = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático imaginario durante tres sesiones; GC = condición experimental en la que los participantes narran situaciones triviales durante tres sesiones; n = número de participantes asignados a la condición experimental; SD = desviación típica; Depresión pre = nivel de depresión previo a la primera sesión de RE medido por la HADS; Depresión post = nivel de depresión medido en el seguimiento a través de la HADS.

En la tabla 16b se muestran los contrastes intrasujeto de la subescala depresión de la HADS.

Tabla 16b

*Contrastes intrasujeto de la subescala ansiedad de HADS*

Fuente	Depresión	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
Depresión	Lineal	4,49	1	4,49	2,01	,15	,01
Depresión*grupo	Lineal	62,50	3	20,83	9,31	,00	,16

Nota. Depresión = nivel de depresión medido por la HADS; grupo = condición experimental.

En la figura 8 se observa una disminución de los niveles de depresión en el grupo experimental de narración de mismo trauma, frente al resto de condiciones experimentales, en las que el nivel de depresión aumenta o se mantiene estable. Los

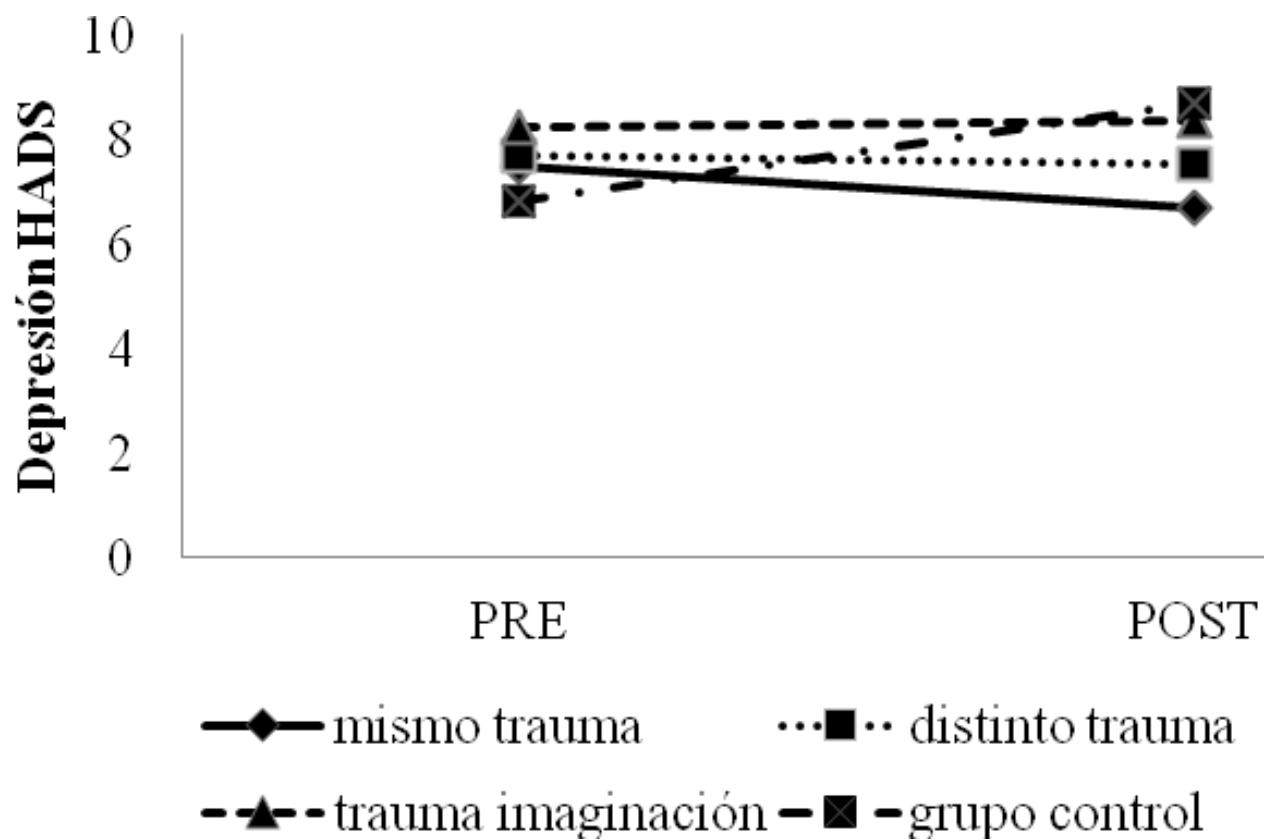
grupos de narración de distinto y trauma imaginación mantienen los niveles de depresión prácticamente estables, desde el momento pre al seguimiento. Sin embargo, el grupo control aumenta el nivel de depresión<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Para observar las tendencias de los grupos de RE en depresión, no se muestra la escala real de medida de la subescala depresión de la HADS.

VARIABLES QUE AFECTAN A LA EFICACIA DE LA REEXPERIMENTACIÓN EMOCIONAL.

Figura 8. Nivel de depresión en los momentos pre y seguimiento medido por la HADS



Por último, en este primer bloque de análisis, se observó una disminución estadísticamente significativa respecto al nivel de enfermedad. Este resultado fue producto del efecto del momento de evaluación,  $F(1,147) = 12,34, p = ,00, \eta^2 = ,07$ . Por tanto, se hallaron diferencias en las medidas de salud, evaluadas por la ESF, por el efecto de las sesiones de escritura en todos los grupos experimentales.

En la tabla 17a se recogen las medias y desviaciones típicas de las medidas de salud, medidas por la escala ESF, en los momentos pre y seguimiento.

Tabla 17a

*Medias y desviaciones típicas de las medidas de salud, medidas por la ESF, en los momentos pre y seguimiento*

	Grupo	Media	SD	n
Salud pre	= trauma	3,45	1,30	53
	≠ traumas	3,09	1,51	52
	GC	3,12	1,45	24
	Imaginación	3,22	,86	22
	Total	3,24	1,35	151
Salud post	= trauma	2,89	1,14	53
	≠ traumas	2,23	1,17	52
	GC	2,94	1,16	24
	Imaginación	3,13	,71	22
	Total	2,70	1,15	151

Nota. = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; Imaginación = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático imaginario durante tres sesiones; GC = condición experimental en la que los participantes narran situaciones triviales durante tres sesiones; n = número de participantes asignados a la condición experimental; SD = desviación típica; Salud pre = nivel de enfermedad previo a la primera sesión de RE medido por la ESF; Salud post = nivel de enfermedad medido en el seguimiento a través de la ESF.

En la tabla 17b se muestran los contrastes intrasujeto de la escala de salud ESF.

Tabla 17b

*Contrastes intrasujeto de la escala ESF*

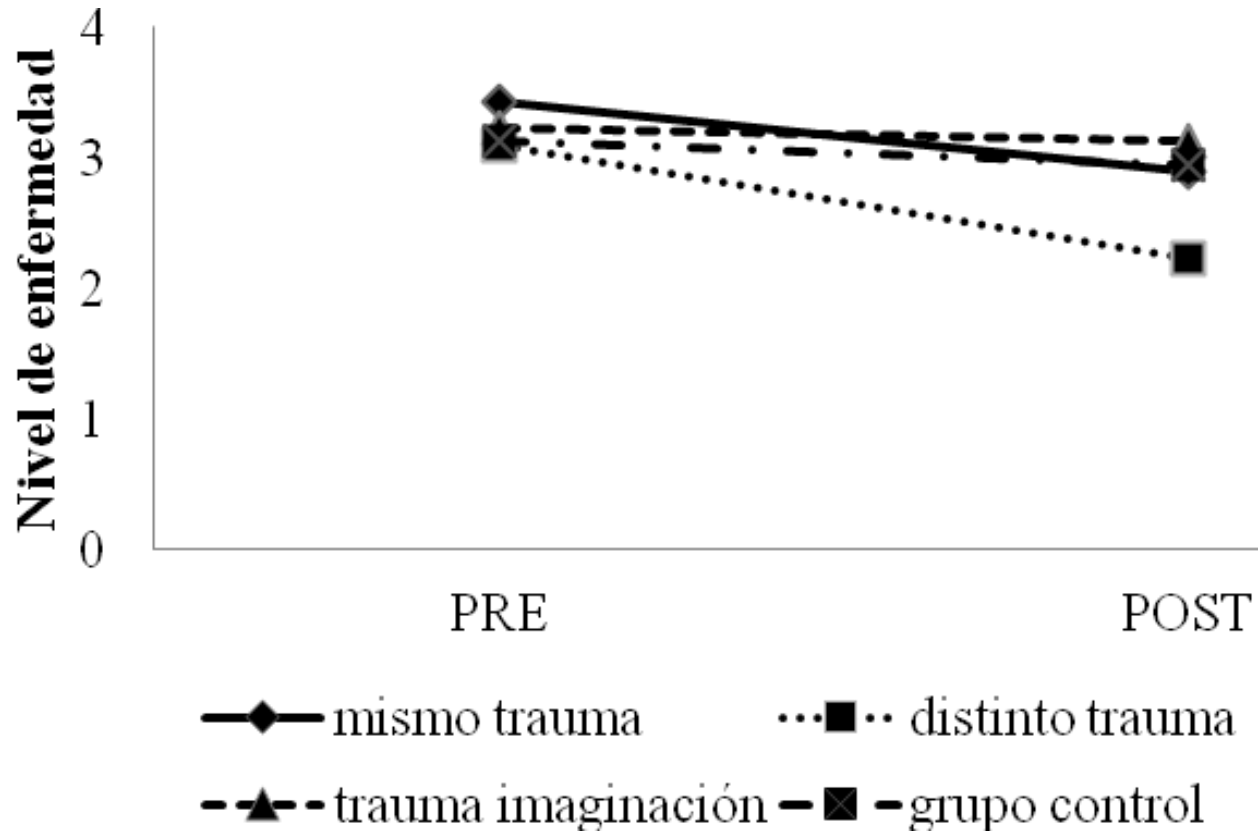
Fuente	Depresión	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
Salud	Lineal	11,55	1	11,55	12,34	<b>,00</b>	,07
Salud*grupo	Lineal	6,47	3	2,15	2,30	,07	,04

Nota. Salud = nivel de enfermedad medido por la ESF; grupo = condición experimental.

En la figura 9 se observa una disminución del nivel de enfermedad a lo largo del tiempo, esta tendencia se observa especialmente en los grupos de RE de traumas reales, especialmente, en la narración de distinto trauma en cada sesión. El grupo de narración de trauma imaginario y el grupo control mantienen sus niveles estables<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Para observar las tendencias de los grupos de RE en los niveles de enfermedad, no se muestra la escala real de medida de la ESF.

Figura 9. Niveles de enfermedad en los momentos pre y seguimiento, medido por la ESF





### **3.3. Análisis correlacionales entre las covariables alexitimia, optimismo y estrés postraumático y la variables dependiente: número de traumas, de acuerdo con las puntuaciones obtenidas en el seguimiento**

Un último grupo de análisis se llevaron a cabo con la finalidad de evaluar el efecto del grupo de RE (mismo-trauma, diferente-trauma, trauma-imaginación y grupo control) sobre el bienestar psicológico (afecto positivo, afecto negativo, ansiedad, depresión, hostilidad, alegría, intrusión, evitación) y la salud física, en relación con el papel modulador de las variables alexitimia, optimismo y estrés postraumático. En este sentido se llevaron a cabo dos tipos de análisis: (i) análisis correlacionales entre las covariables alexitimia, optimismo y estrés postraumático y las variables dependientes: número de traumas y tiempo de la sesión, de acuerdo con las puntuaciones obtenidas en el seguimiento; y (ii) análisis multivariante de la varianza de las medidas post de pensamientos intrusivos, conductas de evitación, ansiedad, depresión y salud autoinformada, tomando a las variables moduladoras alexitimia, optimismo y estrés postraumático como covariables.

Un último grupo de análisis se llevó a cabo con la finalidad de evaluar el efecto del grupo de RE (mismo-trauma, diferente-trauma, trauma-imaginación y grupo control) sobre el bienestar psicológico (afecto positivo, afecto negativo, ansiedad, depresión, hostilidad, alegría, intrusión, evitación) y la salud física, en relación con el papel modulador de las variables alexitimia, optimismo y estrés postraumático. En este sentido se llevaron a cabo análisis correlacionales entre las covariables alexitimia, optimismo y estrés postraumático y la variable dependientes: número de traumas, de acuerdo con las puntuaciones obtenidas en el seguimiento.

Con las puntuaciones obtenidas de los instrumentos de evaluación aplicados, se realizaron análisis correlacionales de Pearson entre las medidas del seguimiento de las variables dependientes (pensamientos intrusivos, respuestas de evitación, ansiedad, depresión y salud) y las covariables (alexitimia, optimismo y síntomas de estrés postraumático).

Los resultados y el nivel de significación obtenidos, se presentan en la tabla 18.

Tabla 18

*Análisis de correlación de las medidas post de las variables dependientes (pensamientos intrusivos, evitación, ansiedad, depresión y salud) y las covariables (alexitimia, optimismo y síntomas de estrés postraumático)*

		Pensamientos intrusivos				
		Pensamientos intrusivos	Evitación	Ansiedad	Depresión	Salud
Alexitimia	Correlación de Pearson	,15	<b>,25(**)</b>	<b>-,28(**)</b>	-,13	<b>,16(*)</b>
	Sig.	,05	,00	,00	,11	,04
	N	151	151	151	151	151
Optimismo	Correlación de Pearson	<b>-,24(**)</b>	<b>-,26(**)</b>	<b>,36(**)</b>	,02	-,10
	Sig.	,00	,00	,00	,75	,20
	N	151	151	151	151	151
TEPT	Correlación de Pearson	<b>,41(**)</b>	<b>,32(**)</b>	<b>-,18(*)</b>	-,06	,08
	Sig.	,00	,00	,02	,45	,29
	N	151	151	151	151	151

Nota. Alexitimia = nivel de alexitimia medido a través de la TAS-20; Optimismo = nivel de optimismo medido a través del LOT-R; TEPT = nivel de estrés postraumático medido a través de la PDS; Pensamientos intrusivos = nivel de pensamientos intrusivos medido a través de la IES-R; Evitación = nivel de respuestas de evitación medido a través de la IES-R; Ansiedad = nivel de ansiedad medido a través de la HADS; Depresión = nivel de depresión medido a través de la HADS; Salud = nivel de salud medido a través de la ESF; Correlación de Pearson = coeficiente de correlación de Pearson; n = número de participantes.

Como se puede observar, se obtuvieron coeficientes de correlación significativos y negativos de alexitimia con ansiedad ( $r = -,28, p = ,01$ ); de optimismo con pensamiento intrusivos ( $r = -,24, p = ,01$ ) y con respuestas de evitación ( $r = -,26, p = ,01$ ); y de síntomas de estrés postraumáticos con ansiedad ( $r = -,18, p = ,05$ ). Asimismo, se obtuvieron correlaciones significativas positivas de alexitimia con evitación ( $r =$

,25, $p = ,01$ ) y con salud ( $r = ,16,p = ,05$ ); de optimismo con ansiedad( $r = ,38,p = ,01$ ); y de síntomas de estrés postraumático con pensamientos intrusivos ( $r = ,41,p = ,01$ ) y respuestas de evitación ( $r = ,32,p = ,01$ ).

De estos datos se desprende que aquellos participantes que presentaban altas puntuaciones en alexitimia mostraban bajos niveles de ansiedad en el seguimiento y altos niveles en conductas de evitación y de enfermedad. Los participantes que puntuaban alto en optimismo mostraban bajos niveles de pensamientos intrusivos y respuestas de evitación y altos niveles de ansiedad en el seguimiento. Asimismo, cuanto mayor era la puntuación inicial en estrés postraumático, mayores eran las puntuaciones en pensamientos intrusivos y evitativos, y menores los niveles de ansiedad, dos meses después.

Tras conocer las correlaciones de las puntuaciones generales de las variables dependientes con las covariables, se realizaron análisis para conocer las correlaciones de las puntuaciones de los grupos experimentales: RE mismo-trauma, RE distinto-trauma, RE trauma-imaginario y grupo control.

Los resultados y el nivel de significación obtenidos de los estudios correlacionales de las variables dependientes y las covariables en el grupo de RE mismo-trauma, se presentan en la tabla 19.

Tabla 19

*Análisis de correlación de las medidas post de las variables dependientes (pensamientos intrusivos, evitación, ansiedad, depresión y salud) y las covariables (alexitimia, optimismo y síntomas de estrés postraumático) en el grupo de RE mismo-trauma*

		Pensamientos				
		intrusivos	Evitación	Ansiedad	Depresión	Salud
Alexitimia	Correlación de Pearson	,22	<b>,28(*)</b>	<b>-,30(*)</b>	-,17	,18
	Sig.	,10	,04	,02	,21	,17
	N	53	53	53	53	53
Optimismo	Correlación de Pearson	<b>-,31(*)</b>	<b>-,37(**)</b>	,19	,05	-,07
	Sig.	,02	,00	,17	,71	,61
	N	53	53	53	53	53
TEPT	Correlación de Pearson	<b>,40(**)</b>	<b>,37(**)</b>	<b>-,43(**)</b>	-,18	,15
	Sig.	,00	,00	,00	,19	,28
	N	53	53	53	53	53

Nota. Alexitimia = nivel de alexitimia medido a través de la TAS-20; Optimismo = nivel de optimismo medido a través del LOT-R; TEPT = nivel de estrés postraumático medido a través de la PDS; Pensamientos intrusivos = nivel de pensamientos intrusivos medido a través de la IES-R; Evitación = nivel de respuestas de evitación medido a través de la IES-R; Ansiedad = nivel de ansiedad medido a través de la HADS; Depresión = nivel de depresión medido a través de la HADS; Salud = nivel de salud medido a través de la ESF; Correlación de Pearson = coeficiente de correlación de Pearson; n = número de participantes.

Como se puede observar en la tabla 19 se obtuvieron correlaciones significativas negativas de alexitimia con ansiedad ( $r = -,30, p = ,05$ ); de optimismo con pensamiento intrusivos ( $r = -,31, p = ,05$ ) y con respuestas de evitación ( $r = -,37, p = ,01$ ); y de síntomas de estrés postraumáticos con ansiedad ( $r = -,43, p = ,05$ ). Asimismo, se alcanzaron correlaciones significativas positivas de alexitimia con evitación ( $r = ,28, p = ,05$ ); y de síntomas de estrés postraumático con pensamientos intrusivos ( $r = ,40, p = ,01$ ) y respuestas de evitación ( $r = ,37, p = ,01$ ).

De estos datos se desprende que los participantes del grupo de RE mismo-trauma que presentaban altas puntuaciones en alexitimia mostraban bajos niveles de ansiedad en el seguimiento y altos niveles de conductas de evitación. Los participantes que puntuaban alto en optimismo mostraban bajos niveles de pensamientos intrusivos y respuestas de evitación. Y los participantes con altas puntuaciones en estrés postraumático presentaban bajos niveles de ansiedad y altos en intrusión y evitación.

Los resultados y el nivel de significación obtenidos de los estudios correlacionales de las variables dependientes y las covariables en el grupo de RE distinto-trauma, se presentan en la tabla 20.

Tabla 20

*Análisis de correlación de las medidas post de las variables dependientes (pensamientos intrusivos, evitación, ansiedad, depresión y salud) y las covariables (alexitimia, optimismo y síntomas de estrés postraumático) en el grupo de RE distinto-trauma*

		Pensamientos intrusivos				
		Evitación	Ansiedad	Depresión	Salud	
Alexitimia	Correlación de Pearson	,03	,09	<b>-,27(*)</b>	<b>-,33(*)</b>	,19
	Sig.	,80	,50	,04	,01	,16
	N	52	52	52	52	52
Optimismo	Correlación de Pearson	<b>-,35(**)</b>	-,24	<b>,43(**)</b>	-,01	<b>,29(*)</b>
	Sig.	,01	,07	,00	,93	,03
	N	52	52	52	52	52
TEPT	Correlación de Pearson	<b>,31(*)</b>	<b>,31(*)</b>	-,00	-,13	-,00
	Sig.	,02	,02	,96	,34	,98
	N	52	52	52	52	52

Nota. Alexitimia = nivel de alexitimia medido a través de la TAS-20; Optimismo = nivel de optimismo medido a través del LOT-R; TEPT = nivel de estrés postraumático medido a través de la PDS; Pensamientos intrusivos = nivel de pensamientos intrusivos medido a través de la IES-R; Evitación = nivel de respuestas de evitación medido a través de la IES-R; Ansiedad = nivel de ansiedad medido a través de la HADS; Depresión = nivel de depresión medido a través de la HADS; Salud = nivel de salud medido a través de la ESF; Correlación de Pearson = coeficiente de correlación de Pearson; n = número de participantes.

Como se puede observar en la tabla 20, se obtuvieron correlaciones significativas negativas de alexitimia con ansiedad ( $r = -.27, p = .05$ ) y con depresión ( $r = -.33, p = .05$ ); de optimismo con pensamientos intrusivos ( $r = -.35, p = .01$ ) y salud ( $r = -.29, p = .05$ ). Igualmente, se obtuvieron correlaciones significativas positivas de optimismo con ansiedad ( $r = .43, p = .01$ ); y de síntomas de estrés postraumático con pensamientos intrusivos ( $r = .31, p = .05$ ) y respuestas de evitación ( $r = .31, p = .05$ ).

De estos datos se desprende que los participantes del grupo de RE distinto-trauma que presentaban altas puntuaciones en alexitimia mostraban bajos niveles de ansiedad y depresión en el seguimiento. Los participantes que puntuaban alto en optimismo mostraban bajos niveles en pensamientos intrusivos y enfermedad y altos en ansiedad. Y los participantes con altas puntuaciones en estrés postraumático presentaban altos niveles en intrusión y evitación.

Los resultados y el nivel de significación obtenidos de los estudios correlacionales de las variables dependientes y las covariables en el grupo control, se presentan en la tabla 21.

Tabla 21

*Análisis de correlación de las medidas post de las variables dependientes (pensamientos intrusivos, evitación, ansiedad, depresión y salud) y las covariables (alexitimia, optimismo y síntomas de estrés postraumático) en el grupo control*

		Pensamientos				
		intrusivos	Evitación	Ansiedad	Depresión	Salud
Alexitimia	Correlación de Pearson	,03	<b>,40(*)</b>	-,25	,01	,32
	Sig.	,86	,05	,22	,94	,11
	N	24	24	24	24	24
Optimismo	Correlación de Pearson	,39	-,04	<b>,47(*)</b>	,28	,08
	Sig.	,05	,83	,01	,18	,70
	N	24	24	24	24	24
TEPT	Correlación de Pearson	<b>,63(**)</b>	,19	-,02	,16	,33
	Sig.	,00	,35	,90	,45	,11
	N	24	24	24	24	24

Nota. Alexitimia = nivel de alexitimia medido a través de la TAS-20; Optimismo = nivel de optimismo medido a través del LOT-R; TEPT = nivel de estrés postraumático medido a través de la PDS; Pensamientos intrusivos = nivel de pensamientos intrusivos medido a través de la IES-R; Evitación = nivel de respuestas de evitación medido a través de la IES-R; Ansiedad = nivel de ansiedad medido a través de la HADS; Depresión = nivel de depresión medido a través de la HADS; Salud = nivel de salud medido a través de la ESF; Correlación de Pearson = coeficiente de correlación de Pearson; n = número de participantes.

En la tabla 21 se muestran las correlaciones significativas positivas de alexitimia con evitación ( $r = ,40, p = ,05$ ), de optimismo con ansiedad ( $r = ,47, p = ,05$ ) y de síntomas de estrés postraumático con pensamientos intrusivos ( $r = ,63, p = ,01$ ).

Los participantes del grupo control que presentaban altas puntuaciones en alexitimia mostraban altos niveles de evitación en el seguimiento. Los participantes que puntuaban alto en optimismo mostraban altos niveles en ansiedad. Y los participantes con altas puntuaciones en estrés postraumático presentaban altos niveles en intrusión.

Los resultados y el nivel de significación obtenidos de los estudios correlacionales de las variables dependientes y las covariables en el grupo de RE trauma-imaginario, se presentan en la tabla 22.

Tabla 22

*Análisis de correlación de las medidas post de las variables dependientes (pensamientos intrusivos, evitación, ansiedad, depresión y salud) y las covariables (alexitimia, optimismo y síntomas de estrés postraumático) en el grupo de RE trauma-imaginario*

		Pensamientos				
		intrusivos	Evitación	Ansiedad	Depresión	Salud
Alexitimia	Correlación de Pearson	,39	<b>,54(**)</b>	-,35	<b>,49(*)</b>	-,20
	Sig.	,07	,00	,10	,01	,35
	N	22	22	22	22	22
Optimismo	Correlación de Pearson	<b>-,46(*)</b>	-,37	<b>,54(**)</b>	<b>-,51(*)</b>	,09
	Sig.	,03	,09	,00	,01	,66
	N	22	22	22	22	22
TEPT	Correlación de Pearson	<b>,54(**)</b>	,30	<b>-,52(*)</b>	,39	-,06
	Sig.	,00	,16	,01	,06	,77
	N	22	22	22	22	22

Nota. Alexitimia = nivel de alexitimia medido a través de la TAS-20; Optimismo = nivel de optimismo medido a través del LOT-R; TEPT = nivel de estrés postraumático medido a través de la PDS; Pensamientos intrusivos = nivel de pensamientos intrusivos medido a través de la IES-R; Evitación = nivel de respuestas de evitación medido a través de la IES-R; Ansiedad = nivel de ansiedad medido a través de la HADS; Depresión = nivel de depresión medido a través de la HADS; Salud = nivel de salud medido a través de la ESF; Correlación de Pearson = coeficiente de correlación de Pearson; n = número de participantes.

Se obtuvieron correlaciones significativas negativas de optimismo con pensamientos intrusivos ( $r = -,46, p = ,05$ ) y con depresión ( $r = -,51, p = ,05$ ); y de síntomas de estrés postraumático con ansiedad ( $r = -,52, p = ,01$ ). A la par, se dieron correlaciones significativas positivas de alexitimia con evitación ( $r = ,54, p = ,01$ ) y depresión ( $r = ,49, p = ,05$ ), de optimismo con ansiedad ( $r = ,54, p = ,01$ ) y de síntomas de estrés postraumático con pensamientos intrusivos ( $r = ,54, p = ,01$ ).



Los participantes del grupo de RE imaginario que presentaban altas puntuaciones en alexitimia mostraban altos niveles de evitación y depresión en el seguimiento. Los participantes que puntuaban alto en optimismo mostraban bajos niveles de intrusión y depresión y altos niveles en ansiedad. Y los participantes con altas puntuaciones en estrés postraumático presentaban bajos niveles en ansiedad y altos en pensamientos intrusivos.

**3.4. Análisis multivariante de la varianza de las medidas post de pensamientos intrusivos, conductas de evitación, ansiedad, depresión y salud autoinformada, tomando a las variables moduladoras alexitimia, optimismo y estrés postraumático como covariables**

Tras observar el efecto del tratamiento en los grupos de RE, se realizó un análisis multivariante de la varianza de las medidas post de pensamientos intrusivos, conductas de evitación, ansiedad, depresión y salud autoinformada, tomando a las variables moduladoras alexitimia, optimismo y estrés postraumático como covariables en los grupos de RE mismo-trauma, RE distinto-trauma, RE trauma-imaginario y grupo control. Cada variable dependiente (pensamientos intrusivos, evitación, ansiedad, depresión y salud) y cada covariable (alexitimia, optimismo, estrés postraumático) se contrastó con la variable independiente grupo.

En variable depresión se observó un nivel significativo en la media de las medidas post  $F(3,147) = 5,89, p = ,00, \eta^2 = ,10$ . Asimismo, en la media de las medidas post de salud también se encontró una diferencia significativa  $F(1,147) = 5,22, p = ,00, \eta^2 = ,09$ . Las medidas de depresión en el seguimiento eran significativamente menores en el grupo de narración del mismo trauma a lo largo de las sesiones, mientras que las medidas de salud eran menores en el grupo de narración de distintos traumas a lo largo de las sesiones.

Asimismo, se observaron niveles significativos en las medidas post de ansiedad, tomando como modulador la covariable optimismo  $F(1,147) = 10,20, p = ,00, \eta^2 = ,06$ ; y en las medidas post de pensamientos intrusivos  $F(1,147) = 20,59, p = ,00, \eta^2 = ,13$  y conductas de evitación  $F(1,147) = 8,93, p = ,00, \eta^2 = ,05$ , tomando como modulador el estrés postraumático. De estos datos se desprende que aquellos participantes que

presentaban altas puntuaciones en optimismo mostraban altos niveles de ansiedad en el seguimiento. Por otro lado, cuanto mayor era la puntuación inicial en estrés postraumático, mayores eran las puntuaciones en el seguimiento de pensamientos intrusivos y conductas de evitación.

En la tabla 23 se recoge las medias y desviaciones típicas de las medidas recogidas en el seguimiento de pensamientos intrusivos, conductas de evitación, ansiedad, depresión y salud autoinformada.

Tabla 23

*Medias y desviaciones típicas de las medidas post de pensamientos intrusivos, conductas de evitación, ansiedad, depresión y salud autoinformada*

	Grupo	Media	SD	n
Pensamientos intrusivos post	= trauma	8,11	5,96	53
	≠ traumas	8,25	5,29	52
	Control	9,12	4,81	24
	Imaginación	8,17	4,84	22
Evitación post	= trauma	7,78	4,99	53
	≠ traumas	8,88	5,30	52
	Control	9,79	4,92	24
	Imaginación	9,26	3,69	22
Ansiedad HADS post	= trauma	9,33	2,32	53
	≠ traumas	10,51	2,97	52
	Control	9,90	3,08	24
	Imaginación	10,62	1,45	22
Depresión HADS post	= trauma	6,69	2,60	53
	≠ traumas	7,51	2,16	52
	Control	8,71	2,06	24
	Imaginación	8,36	1,35	22
Salud post	= trauma	2,89	1,14	53
	≠ traumas	2,23	1,17	52
	Control	2,94	1,16	24
	Imaginación	3,13	,71	22

Nota. Pensamientos intrusivos post = nivel de pensamientos intrusivos medido a través de la IES-R en el seguimiento; Evitación post = nivel de respuestas de evitación medido a través de la IES-R en el seguimiento; Ansiedad post = nivel de ansiedad medido a través de la HADS en el seguimiento; Depresión post = nivel de depresión medido a través de la HADS en el seguimiento; Salud post = nivel de salud medido a través de la ESF en el seguimiento; = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; 15 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 15 minutos; 30 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas

durante sesiones de 30 minutos;  $n$  = número de participantes asignados a la condición experimental;  $SD$  = desviación típica.

En la tabla 24 se recoge el análisis multivariante de la varianza de las medidas post de pensamientos intrusivos, conductas de evitación, ansiedad, depresión y salud autoinformada, tomando a las variables moduladoras alexitimia, optimismo y estrés postraumático como covariables.

Tabla 24

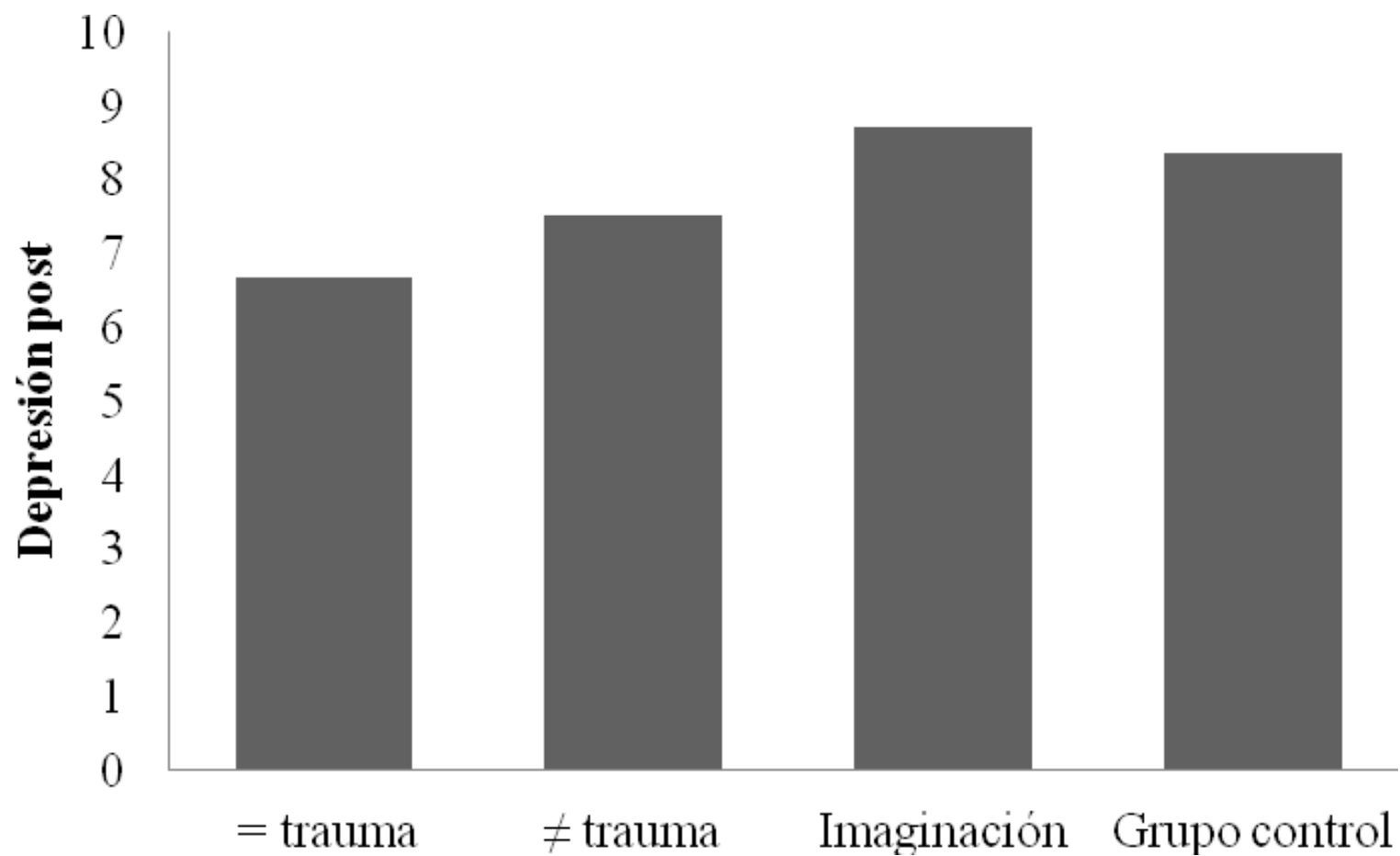
*Análisis multivariante de la varianza de las medidas post de pensamientos intrusivos, conductas de evitación, ansiedad, depresión y salud autoinformada, tomando a las variables moduladoras alexitimia, optimismo y estrés postraumático como covariables*

Fuente	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
Alexitimia	Pensamientos intrusivos post	,10	1	,10	,00	,94	,00
	Evitación post	48,58	1	48,58	2,29	,13	,01
	Ansiedad post	12,34	1	12,34	2,11	,14	,01
	Depresión post	13,92	1	13,92	2,82	,09	,01
	Salud post	3,10	1	3,10	2,56	,11	,01
Optimismo	Pensamientos intrusivos post	51,62	1	51,62	2,12	,14	,01
	Evitación post	46,09	1	46,09	2,17	,14	,01
	Ansiedad post	59,68	1	59,68	10,20	,00	,06
	Depresión post	3,57	1	3,57	,72	,39	,00
	Salud post	,04	1	,04	,03	,84	,00
TEPT	Pensamientos intrusivos post	549,05	1	549,05	22,59	,00	,13
	Evitación post	189,23	1	189,23	8,93	,00	,05
	Ansiedad post	4,41	1	4,41	,75	,38	,00
	Depresión post	2,09	1	2,09	,42	,51	,00
	Salud post	,48	1	,48	,40	,52	,00
Grupo	Pensamientos intrusivos post	15,57	3	5,19	,21	,88	,00
	Evitación post	84,05	3	28,01	1,32	,26	,02
	Ansiedad post	37,35	3	12,45	2,12	,09	,04
	Depresión post	87,18	3	29,06	5,89	,00	,10
	Salud post	19,01	3	6,33	5,22	,00	,09

Nota. Pensamientos intrusivos post = nivel de pensamientos intrusivos medido a través de la IES-R en el seguimiento; Evitación post = nivel de respuestas de evitación medido a través de la IES-R en el seguimiento; Ansiedad post = nivel de ansiedad medido a través de la HADS en el seguimiento; Depresión post = nivel de depresión medido a través de la HADS en el seguimiento; Salud post = nivel de salud medido a través de la ESF en el seguimiento; = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; Imaginación = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático imaginario durante tres sesiones; GC = condición experimental en la que los participantes narran situaciones triviales durante tres sesiones; Alexitimia = nivel de alexitimia medido a través de la TAS-20; Optimismo = nivel de optimismo medido a través del LOT-R; TEPT = nivel de estrés postraumático medido a través de la PDS; grupo = condición experimental; tiempo = duración de la sesión.

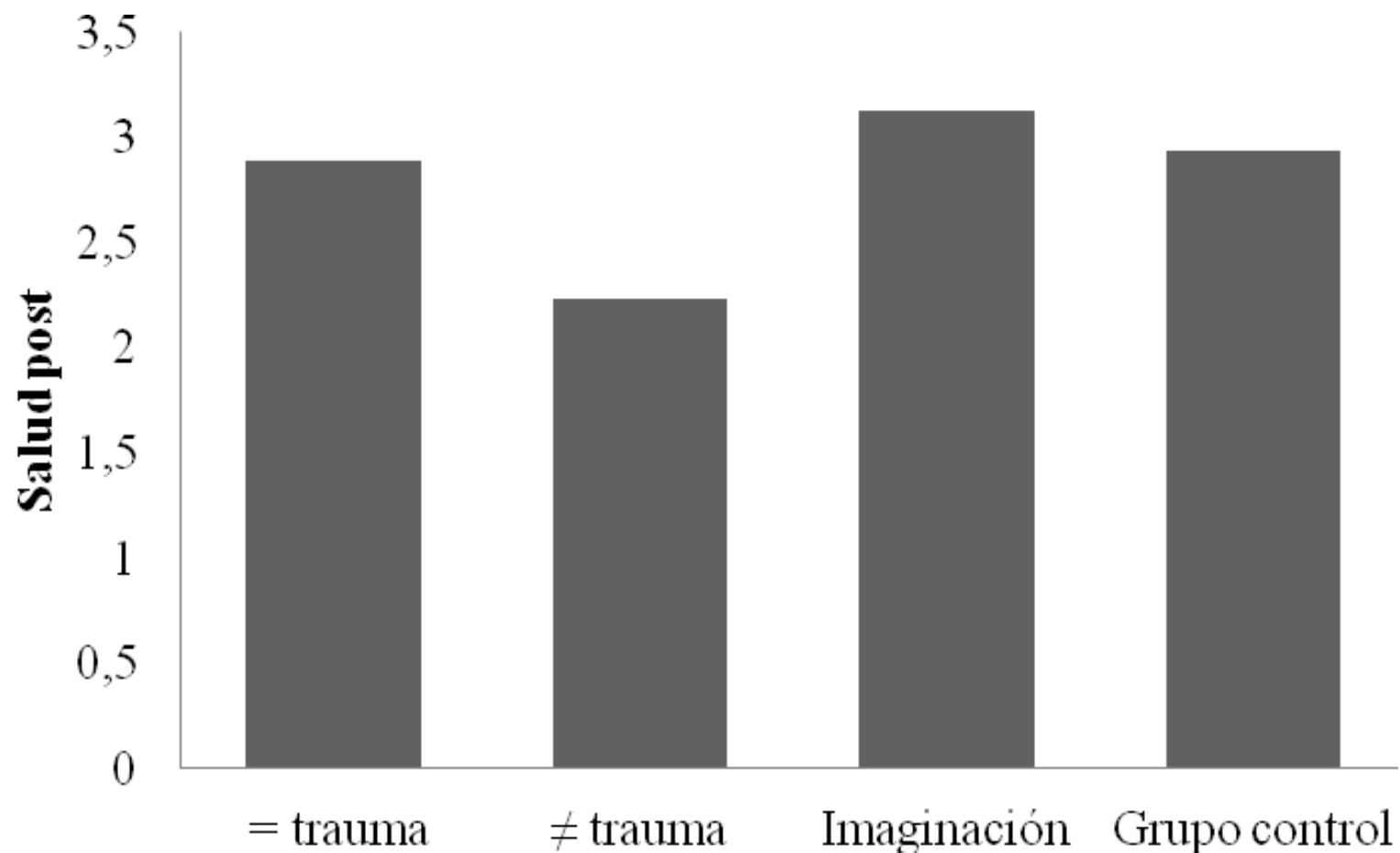
En la figura 10 se muestra como las medidas post de depresión son inferiores en los grupos de narración de mismo trauma.

Figura 10. Nivel de depresión post en los grupos de RE mismo-trauma, RE distinto-trauma, RE trauma-imaginario y grupo control.



En la figura 11 se muestra como las medidas post de enfermedad son inferiores en los grupos de narración de distinto trauma.

Figura 11. Nivel de salud post en los grupos de RE mismo-trauma, RE distinto-trauma, RE trauma-imaginario y grupo control





### 3.5. Análisis del efecto de los grupos de RE de traumas reales

Una vez analizados los resultados para los diferentes grupos experimentales, se quiso conocer si el tiempo de reexperimentación jugaba algún papel en relación con esos resultados. Como se ha señalado en la metodología, los grupos reexperimentaban un mismo trauma o traumas diferentes sesión a sesión, lo hicieron en dos formatos temporales: sesiones de 30 y de 15 minutos.

En este sentido, nuevamente se llevaron a cabo distintos contrastes estadísticos para conocer el efecto del tiempo de las sesiones de RE: RE mismo-trauma-15 minutos, RE mismo-trauma-30 minutos, RE distinto-trauma-15 minutos o RE distinto-trauma-30 minutos. Con estos análisis se perseguía conocer el efecto del tiempo de RE, tanto sesión a sesión, como en el tratamiento.

Como en el primer bloque de análisis, se realizó un análisis de la varianza de medidas repetidas (MANOVA) sobre las cuatro subescalas de EVEA (ansiedad, depresión, alegría y hostilidad); y las dos subescalas PANAS (afecto positivo y negativo), para monitorizar el efecto de las sesiones. Asimismo, se realizó un análisis de la varianza de medidas repetidas (MANOVA) sobre las dos subescalas de la HADS (ansiedad y depresión), sobre las dos subescalas de la IES-R (respuestas de intrusión y evitación) y sobre la ESF, para conocer el efecto del tratamiento.

#### Monitorización de las sesiones

En la variable ansiedad medida a través de la escala EVEA se encontraron diferencias significativas en función del efecto de las sesiones  $F(1,101) = 15,69, p = ,00$ ,  $\eta^2 = ,13$ , y de la interacción de la ansiedad con la duración de las sesiones de RE  $F(1,101) = 6,48, p = ,01$ ,  $\eta^2 = ,06$ . Por tanto, se hallaron diferencias en las medidas de ansiedad, evaluadas por la EVEA, por el efecto de las sesiones de escritura en todos los

grupos experimentales y entre los grupos de narración de 15 y 30 minutos por el efecto de las sesiones de escritura.

En la tabla 25a se recogen las medias y desviaciones típicas de las medidas de ansiedad medidas por la escala EVEA, sesión a sesión.

Tabla 25a

*Medias y desviaciones típicas de las medidas de ansiedad medidas, por la escala EVEA, sesión a sesión*

	Grupo	Tiempo	Media	SD	n
Ansiedad sesión 1	mismo trauma	15 minutos	15,33	10,00	24
		30 minutos	15,85	11,71	29
		Total	15,62	10,87	53
	varios traumas	15 minutos	12,37	9,20	29
		30 minutos	17,90	9,86	23
		Total	14,82	9,80	52
	Total	15 minutos	13,71	9,59	53
		30 minutos	16,76	10,87	52
		Total	15,22	10,31	105
Ansiedad sesión 2	mismo trauma	15 minutos	12,25	9,10	24
		30 minutos	11,34	10,41	29
		Total	11,75	9,76	53
	varios traumas	15 minutos	12,48	10,73	29
		30 minutos	13,56	8,05	23
		Total	12,96	9,57	52
	Total	15 minutos	12,37	9,93	53
		30 minutos	12,32	9,42	52
		Total	12,35	9,63	105
Ansiedad sesión 3	mismo trauma	15 minutos	13,00	10,45	24
		30 minutos	6,68	7,56	29
		Total	9,54	9,44	53
	varios traumas	15 minutos	11,87	9,96	29
		30 minutos	14,01	7,61	23
		Total	12,82	8,98	52
	Total	15 minutos	12,38	10,10	53
		30 minutos	9,93	8,36	52
		Total	11,16	9,32	105

Nota. = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; 15 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 15 minutos; 30 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 30 minutos; n = número de participantes asignados a la condición experimental; SD = desviación típica; Ansiedad sesión 1 = nivel de ansiedad tras la primera sesión de RE medido por la EVEA; Ansiedad sesión 2 = nivel de ansiedad tras la segunda sesión de RE medido por la EVEA; Ansiedad sesión 3 = nivel de ansiedad tras la tercera sesión de RE medido por la EVEA.

En la tabla 25b se muestran los contrastes intrasujeto de la subescala ansiedad. En ella, los valores  $p$  son menores a 0,05 en los modelos lineales del efecto del tiempo y de la interacción del tiempo con la duración de la sesión.

Tabla 25b

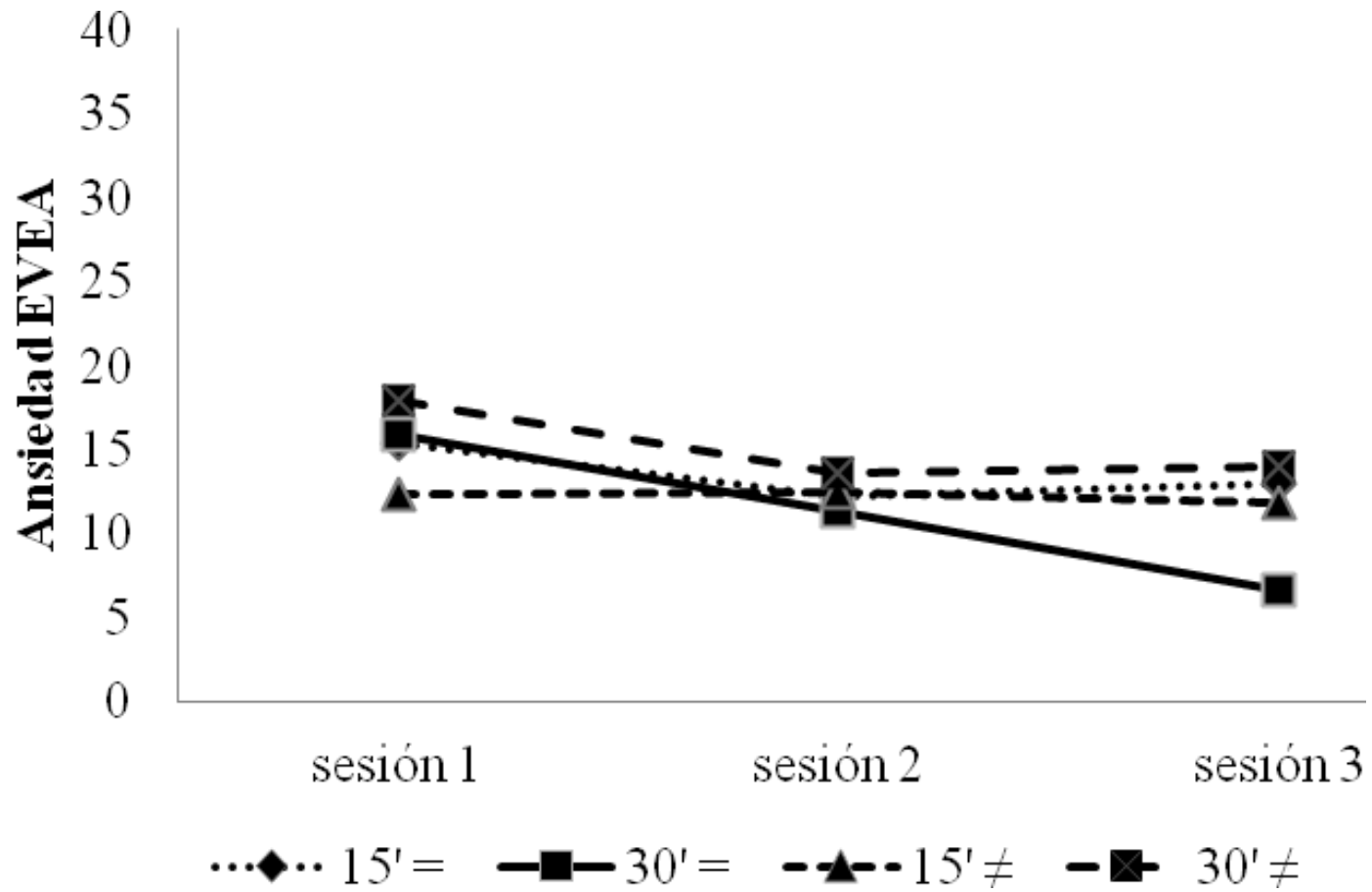
*Contrastes intrasujeto de la subescala ansiedad de EVEA*

Fuente	factor1	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	$F$	Sig	$\eta^2$
Ansiedad	Lineal	819,63	1	819,63	15,69	<b>,00</b>	,13
	Cuadrático	65,36	1	65,36	2,40	,12	,02
Ansiedad*grupo	Lineal	164,06	1	164,06	3,14	,07	,03
	Cuadrático	,16	1	,16	,00	,93	,00
Ansiedad*tiempo	Lineal	338,91	1	338,91	6,48	<b>,01</b>	,06
	Cuadrático	2,52	1	2,52	,09	,76	,00
Ansiedad*grupo*tiempo	Lineal	38,65	1	38,65	,74	,39	,00
	Cuadrático	97,13	1	97,13	3,57	,06	,03

Nota. Ansiedad = nivel de ansiedad medido por la EVEA; grupo = condición experimental; tiempo = duración de la sesión.

Como se observa en la figura 12, existe una disminución de los niveles de ansiedad en los grupos de RE, excepto en el grupo de RE distinto-trauma 15 minutos. Esta disminución se intensifica en los grupos de RE 30 minutos, especialmente en el grupo de RE mismo-trauma-30 minutos.

Figura 12. Niveles de ansiedad sesión a sesión medidos por la escala EVEA



En la variable depresión medida a través de la escala EVEA tan solo se encontró una disminución significativa en función de las sesiones  $F(1,101) = 23,81, p = ,00, \eta^2 = ,19$ . Es decir, se observaron diferencias en las medidas de depresión, evaluadas por la EVEA, por el efecto de las sesiones de escritura en todos los grupos experimentales.

En la tabla 26a se recogen las medias y desviaciones típicas de las medidas de depresión, medidas por la escala EVEA, sesión a sesión.

Tabla 26a

*Medias y desviaciones típicas de las medidas de depresión, medidas por la escala EVEA, sesión a sesión*

	Grupo	tiempo	Media	SD	n
Depresión sesión 1	= trauma	15 minutos	15,85	10,16	24
		30 minutos	17,33	11,20	29
		Total	16,66	10,67	53
	≠ traumas	15 minutos	15,89	11,17	29
		30 minutos	20,69	11,65	23
		Total	18,01	11,53	52
	Total	15 minutos	15,87	10,62	53
		30 minutos	18,81	11,42	52
		Total	17,33	11,07	105
Depresión sesión 2	= trauma	15 minutos	13,62	9,17	24
		30 minutos	13,44	11,57	29
		Total	13,52	10,45	53
	≠ traumas	15 minutos	12,82	10,08	29
		30 minutos	14,65	10,65	23
		Total	13,63	10,27	52
	Total	15 minutos	13,18	9,59	53
		30 minutos	13,98	11,08	52
		Total	13,58	10,31	105
Depresión sesión 3	= trauma	15 minutos	13,41	10,72	24
		30 minutos	11,58	10,07	29
		Total	12,41	10,31	53
	≠ traumas	15 minutos	9,62	6,56	29
		30 minutos	17,08	10,95	23
		Total	12,92	9,45	52
	Total	15 minutos	11,34	8,81	53
		30 minutos	14,02	10,72	52
		Total	12,66	9,85	105

Nota. = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; 15 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 15 minutos; 30 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 30 minutos; n = número de participantes asignados a la condición experimental; SD = desviación típica; Depresión sesión 1 = nivel de depresión tras la primera sesión de RE medido por la EVEA; Depresión sesión 2 = nivel de depresión tras la segunda sesión de RE medido por la EVEA; Depresión sesión 3 = nivel de depresión tras la tercera sesión de RE medido por la EVEA.

En la tabla 26b se muestran los contrastes intrasujeto de la subescala depresión. En ella, tan solo el modelo lineal del efecto del tiempo se presenta un valor  $p$  menor a 0,05.

Tabla 26b

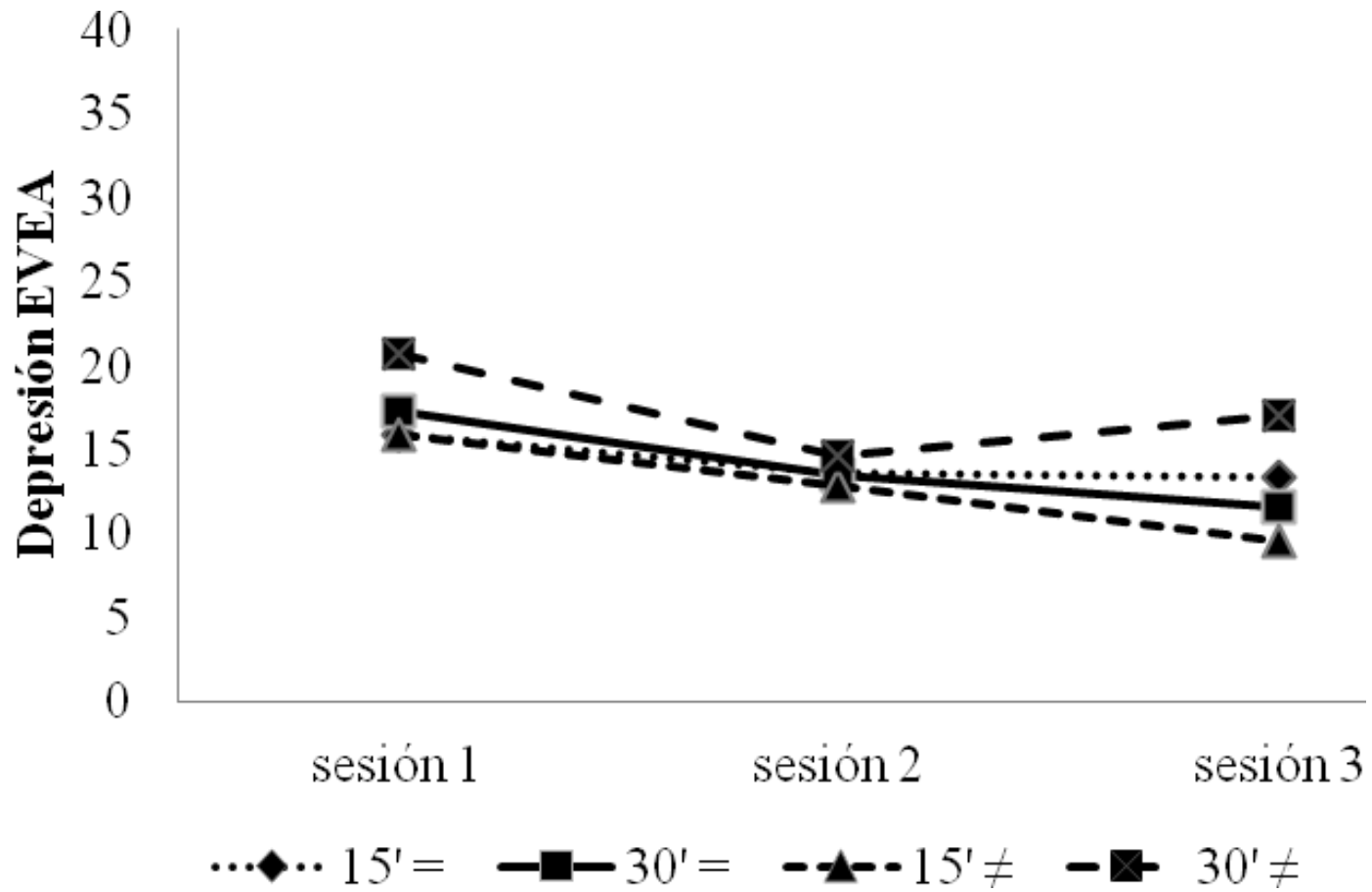
*Contrastes intrasujeto de la subescala depresión de EVEA*

Fuente	factor1	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	$F$	Sig	$\eta^2$
Depresión	Lineal	1059,32	1	1059,32	23,81	<b>,00</b>	,19
	Cuadrático	166,09	1	166,09	3,79	,05	,03
Depresión*grupo	Lineal	9,27	1	9,27	,20	,64	,00
	Cuadrático	19,96	1	19,96	,45	,50	,00
Depresión*tiempo	Lineal	1,30	1	1,30	,02	,86	,00
	Cuadrático	80,21	1	80,21	1,83	,17	,01
Depresión*grupo*tiempo	Lineal	115,65	1	115,65	2,60	,11	,02
	Cuadrático	80,38	1	80,38	1,83	,17	,01

Nota. Depresión = nivel de depresión medido por la EVEA; grupo = condición experimental; tiempo = duración de la sesión.

En la figura 13 se observa como todos los grupos de RE disminuyen sus niveles de ansiedad a lo largo de las sesiones.

Figura 13. Niveles de depresión sesión a sesión medidos por la escala EVEA





En la variable hostilidad medida a través de la escala EVEA se encontró una diferencia significativa en función del efecto de la interacción entre las sesiones y la duración de la sesión de RE  $F(1,101) = 3,95, p = ,04, \eta^2 = ,03$ . Por tanto, se hallaron diferencias en las medidas de hostilidad, evaluadas por la EVEA, entre los grupos de narración de 15 y 30 minutos por el efecto de las sesiones de escritura.

En la tabla 27a se recogen las medias y desviaciones típicas de las medidas de hostilidad, medidas por la escala EVEA, sesión a sesión.

Tabla 27a

*Medias y desviaciones típicas de las medidas de hostilidad, medidas por la escala EVEA, sesión a sesión*

	Grupo	tiempo	Media	SD	n
Hostilidad sesión 1	= trauma	15 minutos	13,20	10,40	24
		30 minutos	9,57	9,39	29
		Total	11,21	9,94	53
	≠ traumas	15 minutos	7,48	8,97	29
		30 minutos	11,50	11,27	23
		Total	9,26	10,15	52
	Total	15 minutos	10,07	9,97	53
		30 minutos	10,42	10,20	52
		Total	10,24	10,04	105
Hostilidad sesión 2	= trauma	15 minutos	10,04	9,76	24
		30 minutos	6,44	9,17	29
		Total	8,07	9,52	53
	≠ traumas	15 minutos	12,13	12,32	29
		30 minutos	9,56	10,36	23
		Total	10,99	11,46	52
	Total	15 minutos	11,18	11,18	53
		30 minutos	7,82	9,74	52
		Total	9,52	10,58	105
Hostilidad sesión 3	= trauma	15 minutos	8,54	9,86	24
		30 minutos	7,93	9,65	29
		Total	8,20	9,66	53
	≠ traumas	15 minutos	9,12	9,55	29
		30 minutos	9,41	9,12	23
		Total	9,24	9,27	52
	Total	15 minutos	8,85	9,60	53
		30 minutos	8,58	9,36	52
		Total	8,72	9,44	105

Nota. = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; 15 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 15 minutos; 30 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 30 minutos; n = número de participantes asignados a la condición experimental; SD = desviación típica; Hostilidad sesión 1 = nivel de hostilidad tras la primera sesión de RE medido por la EVEA; Hostilidad sesión 2 = nivel de hostilidad tras la segunda sesión de RE medido por la EVEA; Hostilidad sesión 3 = nivel de hostilidad tras la tercera sesión de RE medido por la EVEA.

En la tabla 27b se muestran los contrastes intrasujeto de la subescala hostilidad. En el modelo cuadrático de la interacción entre el tiempo y la duración de la sesión se observa un valor  $p$  menor a 0,05.

Tabla 27b

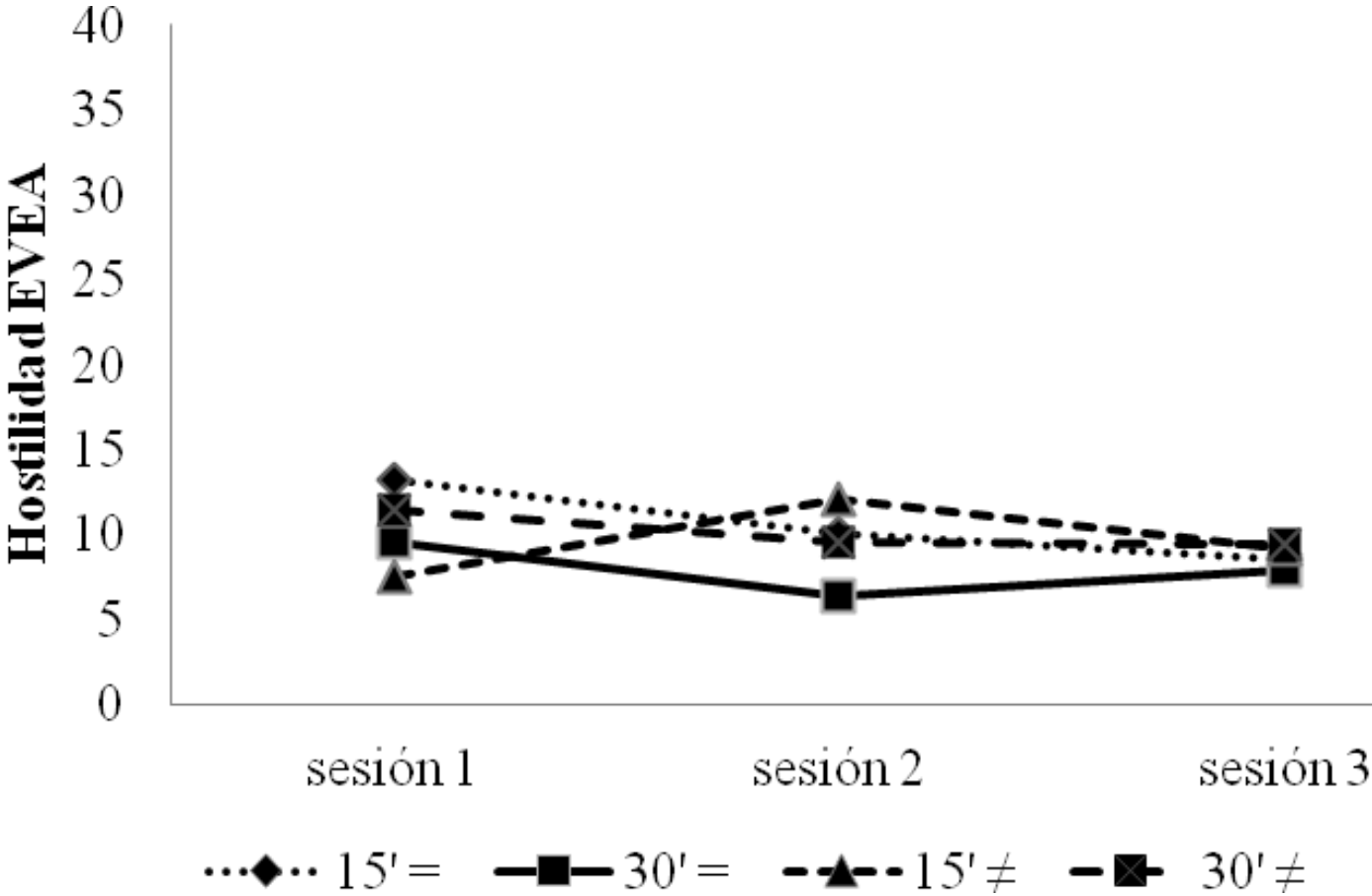
*Contrastes intrasujeto de la subescala hostilidad de EVEA*

Fuente	factor1	Suma de cuadrados tipo		Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
		III	gl				
Hostilidad	Lineal	148,19	1	148,19	2,95	,08	,02
	Cuadrático	,16	1	,16	,00	,95	,00
Hostilidad*grupo	Lineal	111,22	1	111,22	2,21	,14	,02
	Cuadrático	159,60	1	159,60	3,80	,05	,03
Hostilidad*tiempo	Lineal	1,59	1	1,59	,03	,85	,00
	Cuadrático	166,15	1	166,15	3,95	<b>,04</b>	,03
Hostilidad*grupo*tiempo	Lineal	147,96	1	147,96	2,94	,08	,02
	Cuadrático	45,98	1	45,98	1,09	,29	,01

Nota. Hostilidad = nivel de hostilidad medido por la EVEA; grupo = condición experimental; tiempo = duración de la sesión.

En la figura 12 se muestra como el nivel de hostilidad disminuye en todos los grupos de RE, especialmente en la segunda sesión, excepto en el grupo de RE distinto-trauma 15 minutos. Esta disminución se ve potenciada en los grupos de RE 30 minutos.

Figura 14. Niveles de hostilidad sesión a sesión medidos por la escala EVEA



En la última variable de la escala EVEA, la subescala alegría, se encontró una diferencia significativa en función del efecto de las sesiones de RE  $F(1,101) = 364,88, p = ,00, \eta^2 = ,78$  y de la interacción del efecto de las sesiones, del grupo experimental y de la duración de las sesiones RE  $F(1,101) = 4,01, p = ,04, \eta^2 = ,03$ . Por tanto, se hallaron diferencias en las medidas de alegría, evaluadas por la EVEA, por el efecto de las sesiones de escritura en todos los grupos experimentales y entre los grupos de narración de mismo o distinto trauma, durante 15 ó 30 minutos, por el efecto de las sesiones de escritura.

En la tabla 28a se recogen las medias y desviaciones típicas de las medidas de alegría, medidas por la escala EVEA, sesión a sesión.

Tabla 28a

*Medias y desviaciones típicas de las medidas de alegría, medidas por la escala EVEA, sesión a sesión*

	Grupo	tiempo	Media	SD	n
Alegría sesión 1	= trauma	15 minutos	11,29	9,74	24
		30 minutos	14,69	8,43	29
		Total	13,15	9,12	53
	≠ traumas	15 minutos	17,51	12,22	29
		30 minutos	14,65	10,64	23
		Total	16,25	11,53	52
	Total	15 minutos	14,69	11,50	53
		30 minutos	14,67	9,37	52
		Total	14,68	10,45	105
Alegría sesión 2	= trauma	15 minutos	13,04	7,11	24
		30 minutos	17,03	8,97	29
		Total	15,22	8,35	53
	≠ traumas	15 minutos	18,79	10,70	29
		30 minutos	16,82	9,12	23
		Total	17,92	9,98	52
	Total	15 minutos	16,18	9,61	53
		30 minutos	16,94	8,95	52
		Total	16,56	9,25	105
Alegría sesión 3	= trauma	15 minutos	13,83	8,54	24
		30 minutos	17,98	10,38	29
		Total	16,10	9,73	53
	≠ traumas	15 minutos	17,94	10,49	29
		30 minutos	14,57	7,83	23
		Total	16,45	9,47	52
	Total	15 minutos	16,08	9,79	53
		30 minutos	16,47	9,41	52
		Total	16,27	9,56	105

Nota. = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; 15 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 15 minutos; 30 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 30 minutos; n = número de participantes asignados a la condición experimental; SD = desviación típica; Alegría sesión 1 = nivel de alegría tras la primera sesión de RE medido por la EVEA; Alegría sesión 2 = nivel de alegría tras la segunda sesión de RE medido por la EVEA; Alegría sesión 3 = nivel de alegría tras la tercera sesión de RE medido por la EVEA.

En la tabla 28b se muestran los contrastes intrasujeto de la subescala alegría. Se observa cómo el efecto de las sesiones de RE presenta un valor  $p$  inferior a 0,05 se encuentran lejos de la significación estadística.

En la tabla 28b se muestran los contrastes intrasujeto de la subescala alegría. Se observa cómo el efecto de las sesiones y de la interacción de las sesiones con el grupo experimental son los que presentan los valores  $p$  más bajos, aun así, se encuentran lejos de la significación estadística.

Tabla 28b

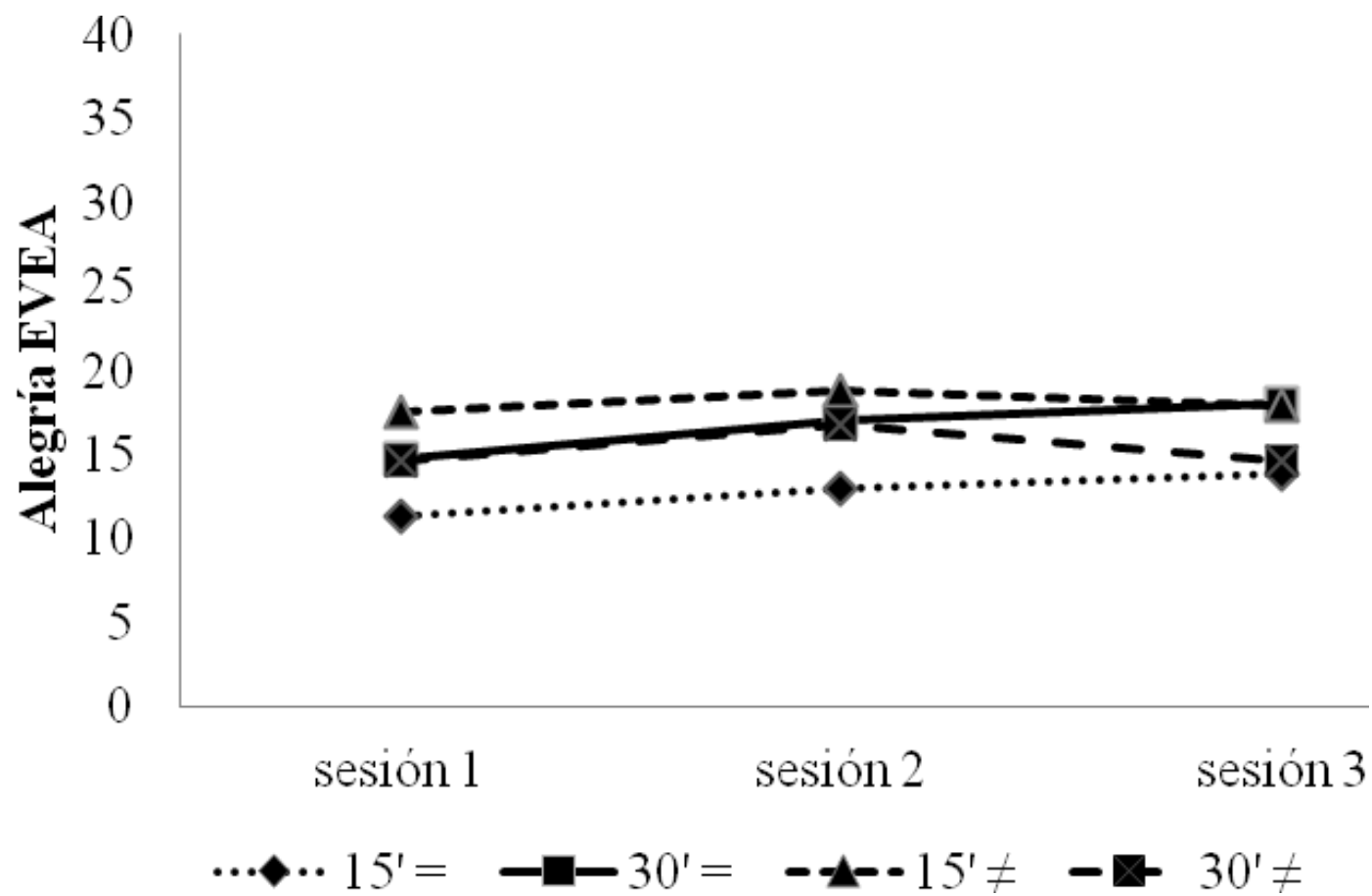
*Contrastes inter sujeto de la subescala alegría de EVEA*

Fuente	factor1	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	$F$	Sig	$\eta^2$
Alegría	Lineal	76604,06	1	76604,06	364,88	,00	,78
Alegría *grupo	Lineal	334,00	1	334,00	1,59	,21	,01
Alegría *tiempo	Lineal	24,34	1	24,34	,11	,73	,00
Alegría *grupo*tiempo	Lineal	843,23	1	843,23	4,01	<b>,04</b>	,03

Nota. Alegría = nivel de alegría medido por la EVEA; grupo = condición experimental; tiempo = duración de la sesión.

En la figura 15 se muestra como el nivel de alegría aumenta de forma progresiva sesión a sesión en los grupos de narración de mimo trauma, 15 y 30 minuto, mientras que los grupos de distinto trauma aumentan su nivel de alegría en la segunda sesión, pero vuelve al nivel inicial en la tercera sesión.

Figura 15. Niveles de hostilidad sesión a sesión medidos por la escala EVEA





Tras analizar las subescalas de EVEA, se hizo lo mismo con los dos factores de la escala PANAS. Se realizó un análisis de la varianza de medidas repetidas (MANOVA) de los factores AP y AN.

En la variable AP medida a través de la escala PANAS se encontró una diferencia significativa en función del efecto de las sesiones  $F(1,101) = 7,62, p = ,00, \eta^2 = ,07$ . Se hallaron diferencias en las medidas de AP, evaluadas por la PANAS, por el efecto de las sesiones de escritura en todos los grupos experimentales.

En la tabla 29a se recogen las medias y desviaciones típicas de las medidas AP, medidas por la escala PANAS, sesión a sesión.

Tabla 29a

*Medias y desviaciones típicas de las medidas de AP, medidas por la escala PANAS, sesión a sesión*

grupo	Tiempo	Media	SD	n	
AP sesión 1	= trauma	15 minutos	10,64	6,95	24
		30 minutos	12,86	4,71	29
		Total	11,83	5,88	53
	≠ traumas	15 minutos	13,92	7,06	29
		30 minutos	12,27	5,73	23
		Total	13,19	6,49	52
	Total	15 minutos	12,44	7,14	53
		30 minutos	12,58	5,14	52
		Total	12,51	6,20	105
AP sesión 2	= trauma	15 minutos	11,73	6,40	24
		30 minutos	13,15	4,58	29
		Total	12,51	5,47	53
	≠ traumas	15 minutos	14,40	7,58	29
		30 minutos	14,27	4,90	23
		Total	14,34	6,47	52
	Total	15 minutos	13,19	7,13	53
		30 minutos	13,65	4,71	52
		Total	13,42	6,03	105
AP sesión 3	= trauma	15 minutos	10,05	6,12	24
		30 minutos	11,57	6,08	29
		Total	10,88	6,09	53
	≠ traumas	15 minutos	12,26	8,02	29
		30 minutos	12,56	4,93	23
		Total	12,40	6,77	52
	Total	15 minutos	11,26	7,24	53
		30 minutos	12,01	5,57	52
		Total	11,63	6,45	105

Nota. = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; 15 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 15 minutos; 30 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 30 minutos; n = número de participantes asignados a la condición experimental; SD = desviación típica; AP sesión 1 = nivel de afecto positivo tras la primera sesión de RE medido por la PANAS; AP sesión 2 = nivel de afecto positivo tras la segunda sesión de RE medido por la PANAS; AP sesión 3 = nivel de afecto positivo tras la tercera sesión de RE medido por la PANAS.

En la tabla 29b se muestran los contrastes intrasujeto de la subescala AP. En el modelo cuadrático del efecto del tiempo se observa un valor  $p$  menor a 0,05.

Tabla 29b

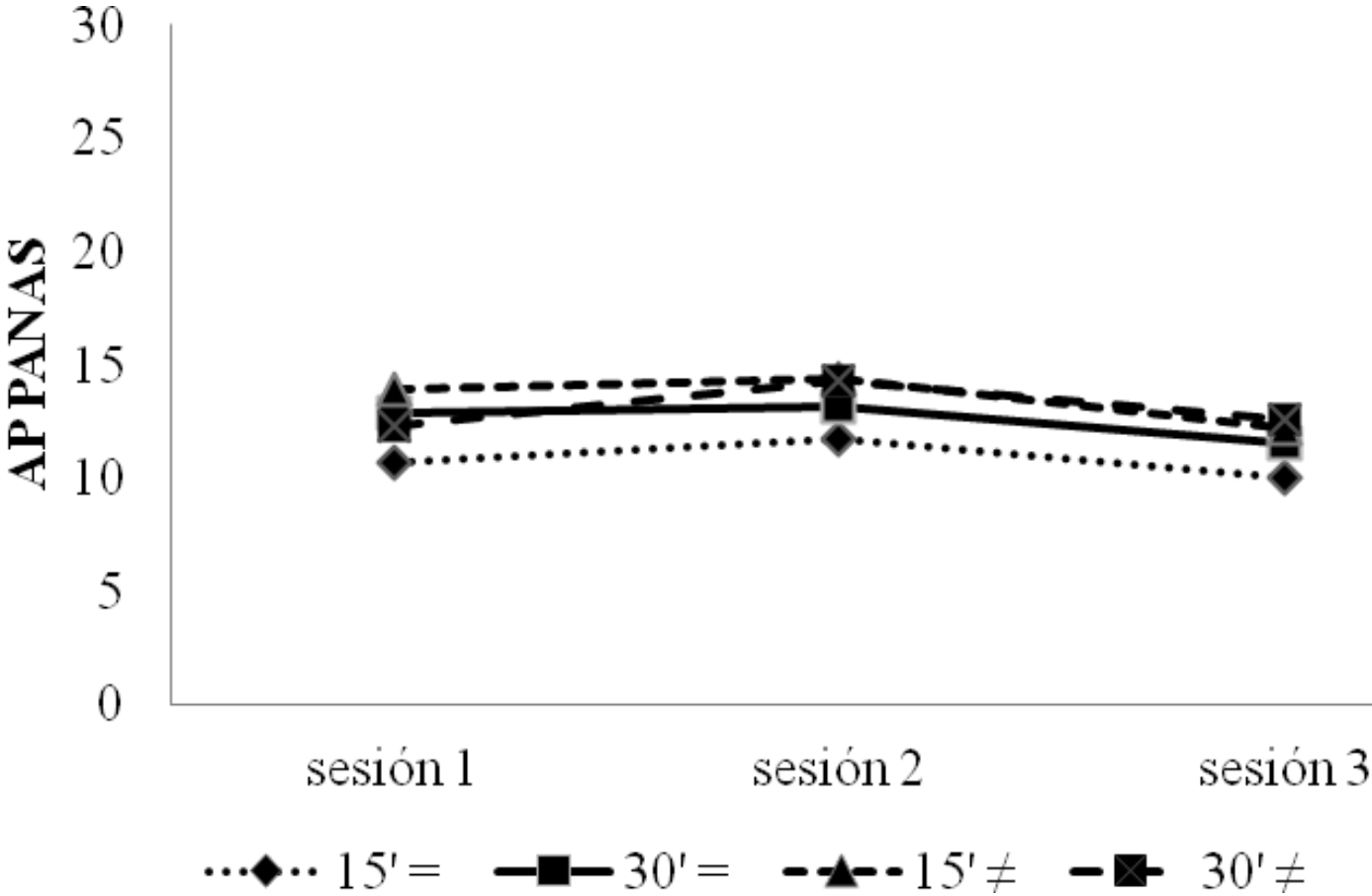
*Contrastes intrasujeto de la subescala AP de PANAS*

Fuente	factor1	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
AP	Lineal	33,44	1	33,44	2,01	,15	,02
	Cuadrático	130,72	1	130,72	7,62	<b>,00</b>	,07
AP*grupo	Lineal	,71	1	,71	,04	,83	,00
	Cuadrático	2,92	1	2,92	,17	,68	,00
AP*tiempo	Lineal	5,35	1	5,35	,32	,57	,00
	Cuadrático	,06	1	,06	,00	,95	,00
AP*grupo*tiempo	Lineal	22,16	1	22,16	1,33	,25	,01
	Cuadrático	4,02	1	4,02	,23	,62	,00

Nota. AP = nivel de afecto positivo medido por la PANAS; grupo = condición experimental; tiempo = duración de la sesión.

En la figura 16 se muestra como el nivel de AP aumenta en la segunda sesión y disminuye en la tercera sesión en todos los grupos de RE.

Figura 16. Niveles de AP sesión a sesión medidos por la escala PANAS



En la variable AN medida a través de la escala PANAS se encontraron diferencias significativas en función del efecto de las sesiones  $F(1,101) = 5,62, p = ,02, \eta^2 = ,05$  y de la interacción del efecto de las sesiones, de narrar el mismo o diferentes traumas y de la duración de las sesiones  $F(1,101) 13,89, p = ,00, \eta^2 = ,12$ . Es decir, se hallaron diferencias en las medidas de AN, evaluadas por la PANAS, por el efecto de las sesiones de escritura en todos los grupos experimentales y entre los grupos de narración de mismo o distinto trauma, durante 15 ó 30 minutos, por el efecto de las sesiones de escritura.

En la tabla 30a se recogen las medias y desviaciones típicas de las medidas AN, medidas por la escala PANAS, sesión a sesión.

Tabla 30a

*Medias y desviaciones típicas de las medidas de AN, medidas por la escala PANAS, sesión a sesión*

	Grupo	Tiempo	Media	SD	n
AN sesión 1	= trauma	15 minutos	8,22	6,74	24
		30 minutos	5,55	4,64	29
		Total	6,76	5,79	53
	≠ traumas	15 minutos	4,71	4,71	29
		30 minutos	8,65	5,30	23
		Total	6,45	5,31	52
	Total	15 minutos	6,30	5,93	53
		30 minutos	6,92	5,13	52
		Total	6,60	5,53	105
AN sesión 2	= trauma	15 minutos	6,32	6,12	24
		30 minutos	5,36	5,01	29
		Total	5,79	5,51	53
	≠ traumas	15 minutos	7,34	6,02	29
		30 minutos	5,46	4,84	23
		Total	6,51	5,56	52
	Total	15 minutos	6,88	6,03	53
		30 minutos	5,40	4,89	52
		Total	6,15	5,52	105
AN sesión 3	= trauma	15 minutos	6,40	6,29	24
		30 minutos	4,49	4,73	29
		Total	5,35	5,52	53
	≠ traumas	15 minutos	4,97	4,46	29
		30 minutos	6,21	5,32	23
		Total	5,52	4,85	52
	Total	15 minutos	5,62	5,36	53
		30 minutos	5,25	5,02	52
		Total	5,43	5,17	105

Nota. = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; 15 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 15 minutos; 30 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 30 minutos; n = número de participantes asignados a la condición experimental; SD = desviación típica; AN sesión 1 = nivel de afecto negativo tras la primera sesión de RE medido por la PANAS; AN sesión 2 = nivel de afecto negativo tras la segunda sesión de RE medido por la PANAS; AN sesión 3 = nivel de afecto negativo tras la tercera sesión de RE medido por la PANAS.

En la tabla 30b se muestran los contrastes intrasujeto de la subescala AN.

Tabla 30b

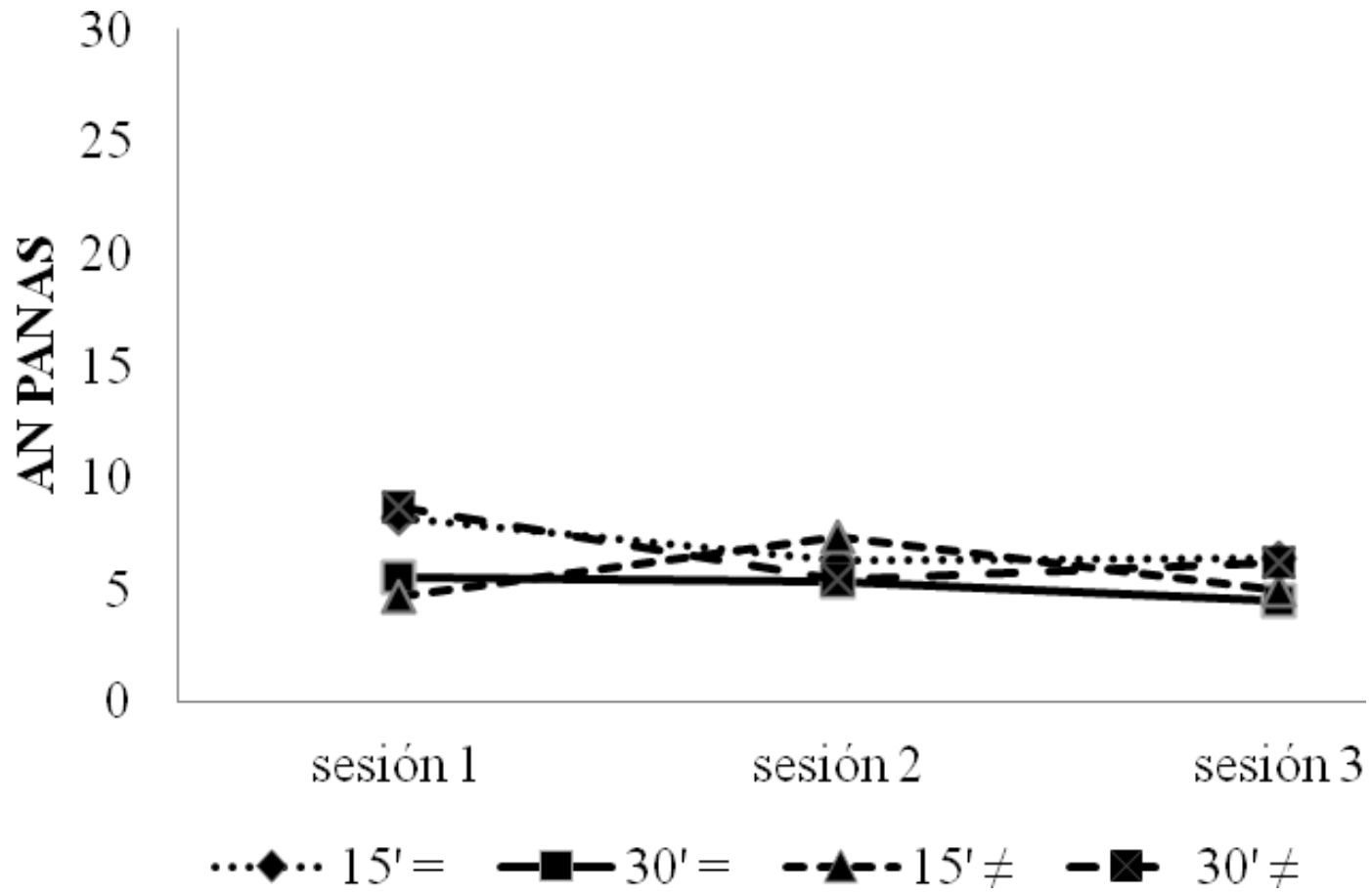
*Contrastes intrasujeto de la subescala AN de PANAS*

Fuente	factor1	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
AN	Lineal	82,95	1	82,95	5,62	<b>,02</b>	,05
	Cuadrático	,05	1	,05	,00	,94	,00
AN*grupo	Lineal	1,60	1	1,60	,10	,74	,00
	Cuadrático	6,01	1	6,01	,57	,45	,00
AN*tiempo	Lineal	12,15	1	12,15	,82	,36	,00
	Cuadrático	42,68	1	42,68	4,09	,04	,03
AN*grupo*tiempo	Lineal	38,88	1	38,88	2,63	,10	,02
	Cuadrático	144,97	1	144,97	13,89	<b>,00</b>	,12

Nota. AN = nivel de afecto negativo medido por la PANAS; grupo = condición experimental; tiempo = duración de la sesión.

En la figura 17 se muestra como en los grupos de RE distinto-trauma 30 minutos y mismo trauma 15 minutos disminuye el nivel de AN especialmente, mientras que en el grupo de RE distinto-trauma-15 minutos aumenta el nivel de AN en la segunda sesión aunque disminuye en la tercera sesión. Por último, se observa que el grupo de RE mismo-trauma-30 minutos disminuye el nivel de AN de forma ligera pero progresiva a lo largo de las sesiones.

Figura 17. Niveles de AN sesión a sesión medidos por la escala PANAS





### **3.6. Efecto de la RE sobre los niveles de pensamientos intrusivos, respuestas de evitación, ansiedad, depresión y salud en los grupos de RE de traumas reales**

Como en el primer bloque de análisis, se quisieron conocer los efectos no contextuales. Con esta finalidad, se realizaron nuevos análisis de las varianzas con medidas repetidas, en los que se tomaron las medidas previas y las medidas del seguimiento las escalas IES-R (intrusión y evitación), HADS (ansiedad y depresión) y ESF (salud).

Nuevamente, no se encontraron efectos significativos en las respuestas de intrusión y evitación. Los valores que tomó  $p$  en los contrastes intra e inter sujeto, tanto de intrusión como de evitación, eran mayores a 0,05 y se encontraban muy lejos de la significación estadística.

En la tabla 31a se recogen las medias y desviaciones típicas de las medidas de pensamientos intrusivos, medidas por la escala IES-R, en los momentos pre y seguimiento.

Tabla 31a

*Medias y desviaciones típicas de las medidas de pensamientos intrusivos, medidas por la IES-R, en los momentos pre y seguimiento*

	Grupo	tiempo	Media	SD	n
Intrusión pre	= trauma	15 minutos	8,36	6,28	24
		30 minutos	8,65	6,30	29
		Total	8,52	6,23	53
	≠ traumas	15 minutos	7,31	5,22	29
		30 minutos	9,96	6,93	23
		Total	8,48	6,12	52
	Total	15 minutos	7,78	5,69	53
		30 minutos	9,23	6,55	52
		Total	8,50	6,15	105
Intrusión post	= trauma	15 minutos	8,74	6,55	24
		30 minutos	8,51	5,03	29
		Total	8,62	5,71	53
	≠ traumas	15 minutos	7,58	5,49	29
		30 minutos	7,91	5,71	23
		Total	7,73	5,53	52
	Total	15 minutos	8,11	5,96	53
		30 minutos	8,25	5,29	52
		Total	8,18	5,61	105

Nota. = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; 15 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 15 minutos; 30 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 30 minutos; n = número de participantes asignados a la condición experimental; SD = desviación típica; Intrusión pre = nivel de pensamientos intrusivos previo a la primera sesión de RE medido por la IES-R; Intrusión post = nivel de pensamientos intrusivos medido en el seguimiento a través de la IES-R.

En la tabla 31b se muestran los contrastes intrasujeto de la subescala pensamientos intrusivos de la IES-R.

Tabla 31b

*Contrastes intrasujeto de la subescala pensamientos intrusivos de IES-R*

Fuente	factor1	Suma de cuadrados		Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
		tipo III	gl				
Intrusión	Lineal	7,60	1	7,60	,44	,50	,00
Intrusión*grupo	Lineal	13,39	1	13,39	,77	,38	,00
Intrusión*tiempo	Lineal	26,49	1	26,49	1,53	,21	,01
Intrusión*grupo*tiempo	Lineal	10,56	1	10,56	,61	,43	,00

Nota. Intrusión = nivel de pensamientos intrusivos medido por la IES; grupo = condición experimental; tiempo = duración de la sesión.

En la tabla 31c se muestran los contrastes inter sujeto de la subescala pensamientos intrusivos de la IES.

Tabla 31c

*Contrastes inter sujeto de la subescala pensamientos intrusivos de IES-R*

Fuente	Suma de			Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
	cuadrados	tipo III	gl				
Intrusión	14590,17		1	14590,17	275,03	,00	,73
Intrusión *grupo	7,33		1	7,33	,13	,71	,00
Intrusión *tiempo	30,18		1	30,18	,56	,45	,00
Intrusión *grupo*tiempo	27,73		1	27,73	,52	,47	,00

Nota. Intrusión = nivel de pensamientos intrusivos medido por la IES; grupo = condición experimental; tiempo = duración de la sesión.

En la tabla 32a se recogen las medias y desviaciones típicas de las medidas de pensamientos intrusivos, medidas por la escala IES, en los momentos pre y seguimiento.

Se detecta en los grupos de RE disminuciones de las puntuaciones de evitación, en los momentos pre y seguimiento, aunque no alcanzan la significación clínica.

Tabla 32a

*Medias y desviaciones típicas de las medidas de respuestas de evitación, medidas por la IES, en los momentos pre y seguimiento*

	Grupo	tiempo	Media	SD	n
Evitación pre	= trauma	15 minutos	7,85	5,66	24
		30 minutos	9,68	4,74	29
		Total	8,85	5,21	53
	≠ traumas	15 minutos	8,77	6,56	29
		30 minutos	9,91	7,79	23
		Total	9,27	7,08	52
	Total	15 minutos	8,35	6,13	53
		30 minutos	9,78	6,21	52
		Total	9,06	6,18	105
Evitación post	= trauma	15 minutos	7,74	4,99	24
		30 minutos	9,65	4,79	29
		Total	8,78	4,93	53
	≠ traumas	15 minutos	7,81	5,08	29
		30 minutos	7,91	5,85	23
		Total	7,86	5,38	52
	Total	15 minutos	7,78	4,99	53
		30 minutos	8,88	5,30	52
		Total	8,32	5,15	105

Nota. = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; 15 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 15 minutos; 30 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 30 minutos; n = número de participantes asignados a la condición experimental; SD = desviación típica; Evitación pre = nivel de respuestas de evitación previo a la primera sesión de RE medido por la IES-R; Intrusión post = nivel de respuestas de evitación medido por la IES medido en el seguimiento a través de la IES-R.

En la tabla 32b se muestran los contrastes intrasujeto de la subescala respuestas de evitación de la IES.

Tabla 32b

*Contrastes intrasujeto de la subescala respuestas de evitación de IES*

Fuente	factor1	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
Evitación	Lineal	31,31	1	31,31	1,90	,17	,01
Evitación *grupo	Lineal	25,59	1	25,59	1,55	,21	,01
Evitación *tiempo	Lineal	3,01	1	3,01	,18	,67	,00
Evitación *grupo*tiempo	Lineal	4,10	1	4,10	,24	,61	,00

Nota. Evitación = nivel de respuestas de evitación medido por la IES; grupo = condición experimental; tiempo = duración de la sesión.

En la tabla 32c se muestran los contrastes inter sujeto de la subescala respuestas de evitación de la IES.

Tabla 32c

*Contrastes inter sujeto de la subescala respuestas de evitación de IES*

Fuente	factor1	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
Evitación	Lineal	15609,21	1	15609,21	318,77	,00	,75
Evitación *grupo	Lineal	,86	1	,86	,01	,89	,00
Evitación *tiempo	Lineal	80,51	1	80,51	1,64	,20	,01
Evitación *grupo*tiempo	Lineal	20,58	1	20,58	,42	,51	,00

Nota. Evitación = nivel de respuestas de evitación medido por la IES; grupo = condición experimental; tiempo = duración de la sesión.

Sin embargo, para el nivel de depresión se encontró una diferencia significativa en las medidas intrasujeto en función del momento de evaluación,  $F(3,147) = 6,18, p = ,01, \eta^2 = ,05$ . Por tanto, se hallaron diferencias en las medidas de depresión, evaluadas por la HADS, por el efecto del procedimiento de RE en todos los grupos experimentales.

En la tabla 33a se recogen las medias y desviaciones típicas de las medidas de depresión, medidas por la escala HADS, en los momentos pre y seguimiento.

Tabla 33a

*Medias y desviaciones típicas de las medidas de depresión, medidas por la escala HADS, en los momentos pre y seguimiento*

	Grupo	tiempo	Media	SD	n
Depresión pre	= trauma	15 minutos	7,33	2,09	24
		30 minutos	7,74	2,38	29
		Total	7,55	2,24	53
	≠ traumas	15 minutos	7,65	2,31	29
		30 minutos	7,62	2,61	23
		Total	7,64	2,43	52
	Total	15 minutos	7,50	2,20	53
		30 minutos	7,69	2,46	52
		Total	7,59	2,32	105
Depresión post	= trauma	15 minutos	6,89	1,87	24
		30 minutos	7,54	2,07	29
		Total	7,24	1,99	53
	≠ traumas	15 minutos	6,53	3,10	29
		30 minutos	7,47	2,31	23
		Total	6,95	2,79	52
	Total	15 minutos	6,69	2,60	53
		30 minutos	7,51	2,16	52
		Total	7,10	2,41	105

Nota. = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; 15 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 15 minutos; 30 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 30 minutos; n = número de participantes asignados a la condición experimental; SD = desviación típica; Depresión pre = nivel de depresión previo a la primera sesión de RE medido por la HADS; Depresión post = nivel de depresión medido en el seguimiento a través de la HADS.

En la tabla 33b se muestran los contrastes intrasujeto de la subescala depresión.

Tabla 33b

*Contrastes intrasujeto de la subescala depresión de la HADS*

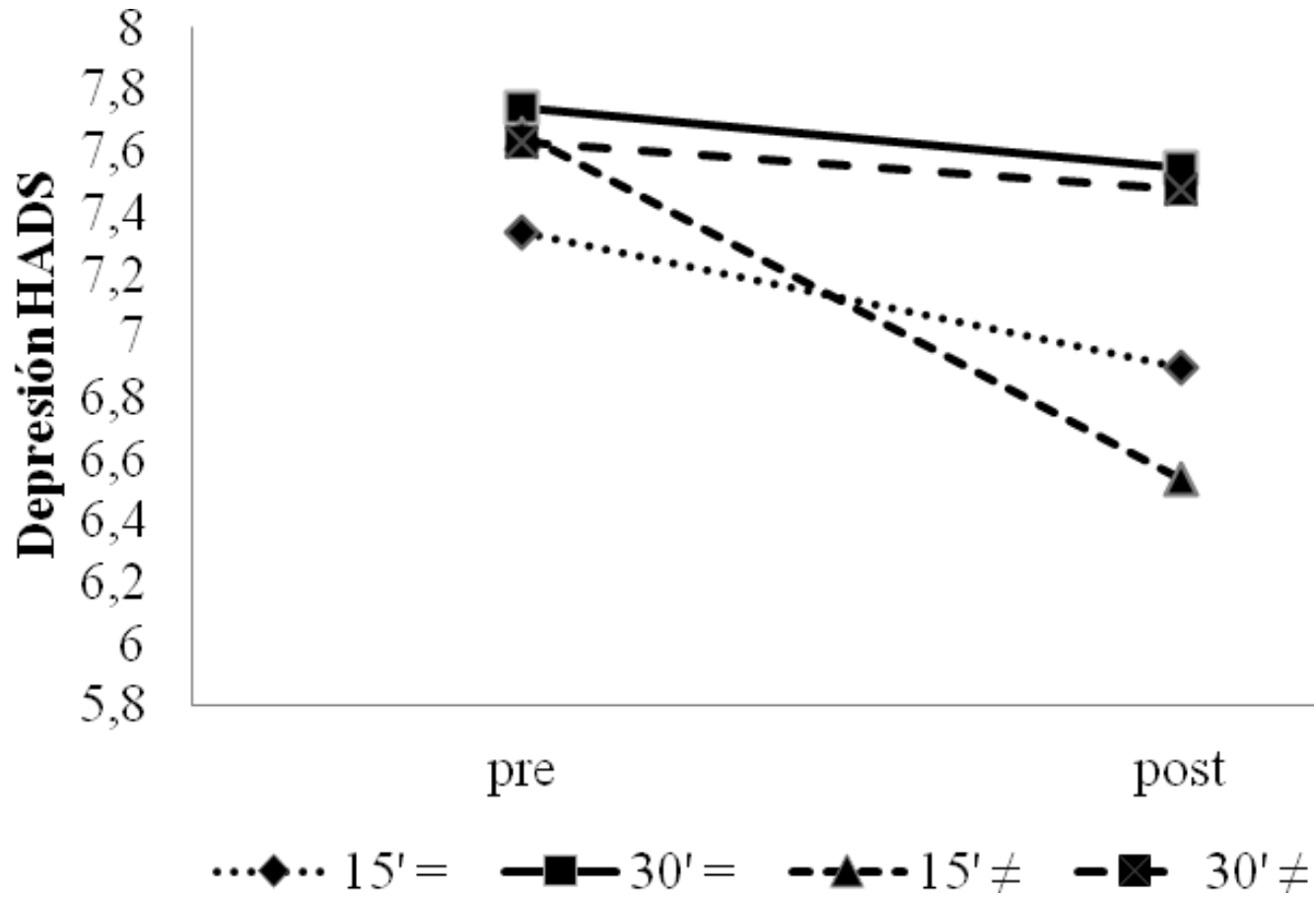
Fuente	factor1	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
Depresión	Lineal	11,81	1	11,81	6,18	<b>,01</b>	,05
Depresión*grupo	Lineal	1,31	1	1,31	,68	,40	,00
Depresión*tiempo	Lineal	4,76	1	4,76	2,49	,11	,02
Depresión*grupo*tiempo	Lineal	1,72	1	1,72	,90	,34	,00

Nota. Depresión = nivel de depresión medido por la HADS; grupo = condición experimental; tiempo = duración de la sesión.

En la figura 18 se muestra como hay una disminución del nivel de depresión en todos los grupos de RE. Esa tendencia se ve aumentada en los grupos de RE de 15 minutos, independiente de si se narra el mismo o diferente trauma cada sesión<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Para observar las tendencias de los grupos de RE en depresión, no se muestra la escala real de medida de la subescala depresión de la HADS.

Figura 18. Niveles de depresión en los momentos pre y seguimiento medidos por la escala HADS





Respecto a los niveles de ansiedad medidos a través de la HADS, no se observaron diferencias significativas.

En la tabla 34a se recogen las medias y desviaciones típicas de las medidas de depresión, medidas por la escala HADS, en los momentos pre y seguimiento.

Tabla 34a

*Medias y desviaciones típicas de las medidas de ansiedad, medidas por la escala HADS, en los momentos pre y seguimiento*

	Grupo	tiempo	Media	SD	n
Ansiedad pre	= trauma	15 minutos	10,33	2,71	24
		30 minutos	10,63	3,03	29
		Total	10,49	2,87	53
	≠ traumas	15 minutos	10,24	3,90	29
		30 minutos	10,68	3,01	23
		Total	10,43	3,51	52
	Total	15 minutos	10,28	3,38	53
		30 minutos	10,65	3,00	52
		Total	10,46	3,19	105
Ansiedad post	= trauma	15 minutos	9,72	2,27	24
		30 minutos	10,51	2,98	29
		Total	10,15	2,69	53
	≠ traumas	15 minutos	9,01	2,35	29
		30 minutos	10,52	3,02	23
		Total	9,68	2,75	52
	Total	15 minutos	9,33	2,32	53
		30 minutos	10,51	2,97	52
		Total	9,92	2,71	105

Nota. = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; 15 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 15 minutos; 30 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 30 minutos; n = número de participantes asignados a la condición experimental; SD = desviación típica; Ansiedad pre = nivel de ansiedad previo a la primera sesión de RE medido por la HADS; Ansiedad post = nivel de ansiedad medido en el seguimiento a través de la HADS.

En la tabla 34b se muestran los contrastes intrasujeto de la subescala ansiedad.

Tabla 34b

*Contrastes intrasujeto de la subescala ansiedad de la HADS*

Fuente	factor1	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
Ansiedad	Lineal	14,41	1	14,41	3,52	,06	,03
Ansiedad*grupo	Lineal	1,42	1	1,42	,34	,55	,00
Ansiedad*tiempo	Lineal	7,90	1	7,90	1,93	,16	,01
Ansiedad*grupo*tiempo	Lineal	1,07	1	1,07	,26	,61	,00

Nota. Ansiedad = nivel de ansiedad medido por la HADS; grupo = condición experimental; tiempo = duración de la sesión.

En la tabla 34c se muestran los contrastes inter sujeto de la subescala ansiedad.

Tabla 34b

*Contrastes inter sujeto de la subescala ansiedad de la HADS*

Fuente	factor1	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
Ansiedad	Lineal	21638,45	1	21638,45	1598,32	,00	,94
Ansiedad*grupo	Lineal	1,82	1	1,82	,13	,71	,00
Ansiedad*tiempo	Lineal	29,91	1	29,91	2,21	,14	,02
Ansiedad*grupo*tiempo	Lineal	2,38	1	2,38	,17	,67	,00

Nota. Ansiedad = nivel de ansiedad medido por la HADS; grupo = condición experimental; tiempo = duración de la sesión.

En el nivel de salud medido por la escala ESF se encontraron diferencias significativas en las medidas intrasujeto en función del momento de evaluación,  $F(1,147) = 29,19, p = ,00, \eta^2 = ,22$  y de la interacción del momento de evaluación y del grupo de RE (mismo o diferente trauma)  $F(1,147) = 5,84, p = ,01, \eta^2 = ,05$ . Por tanto, se hallaron diferencias en las medidas de salud, evaluadas por la ESF, por el efecto del procedimiento de RE en todos los grupos experimentales y entre los grupos de narración de mismo o distinto trauma, por el efecto del procedimiento de escritura.

En la tabla 35a se recogen las medias y desviaciones típicas de las medidas de salud, medidas por la escala ESF, en los momentos pre y seguimiento.

Tabla 35a

*Medias y desviaciones típicas de las medidas de salud medidas, por la escala ESF, en los momentos pre y seguimiento*

	Grupo	Tiempo	Media	SD	n
Salud pre	= trauma	15 minutos	3,75	1,39	24
		30 minutos	3,20	1,20	29
		Total	3,45	1,30	53
	≠ traumas	15 minutos	2,93	1,43	29
		30 minutos	3,30	1,60	23
		Total	3,09	1,51	52
	Total	15 minutos	3,30	1,46	53
		30 minutos	3,25	1,38	52
		Total	3,27	1,41	105
Salud post	= trauma	15 minutos	3,06	1,25	24
		30 minutos	2,74	1,04	29
		Total	2,89	1,14	53
	≠ traumas	15 minutos	2,27	1,30	29
		30 minutos	2,18	1,02	23
		Total	2,23	1,17	52
	Total	15 minutos	2,63	1,33	53
		30 minutos	2,49	1,06	52
		Total	2,56	1,20	105

Nota. = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; 15 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 15 minutos; 30 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 30 minutos; n = número de participantes asignados a la condición experimental; SD = desviación típica; Salud pre = nivel de enfermedad previo a la primera sesión de RE medido por la ESF; Salud post = nivel de enfermedad medido en el seguimiento a través de la ESF.

En la tabla 35b se muestran los contrastes intrasujeto de la escala ESF.

Tabla 35b

*Contrastes intrasujeto de la escala de la ESF*

Fuente	factor1	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
Salud	Lineal	27,74	1	27,74	29,19	<b>,00</b>	,22
Salud*grupo	Lineal	1,33	1	1,33	1,40	,23	,01
Salud*tiempo	Lineal	,19	1	,19	,20	,65	,00
Salud*grupo*tiempo	Lineal	1,57	1	1,57	1,66	,20	,01

Nota. Salud = nivel de enfermedad medido por la ESF; grupo = condición experimental; tiempo = duración de la sesión.

En la tabla 35c se muestran los contrastes inter sujeto de la escala de salud

Tabla 35c

*Contrastes inter sujeto de la escala de salud ESF*

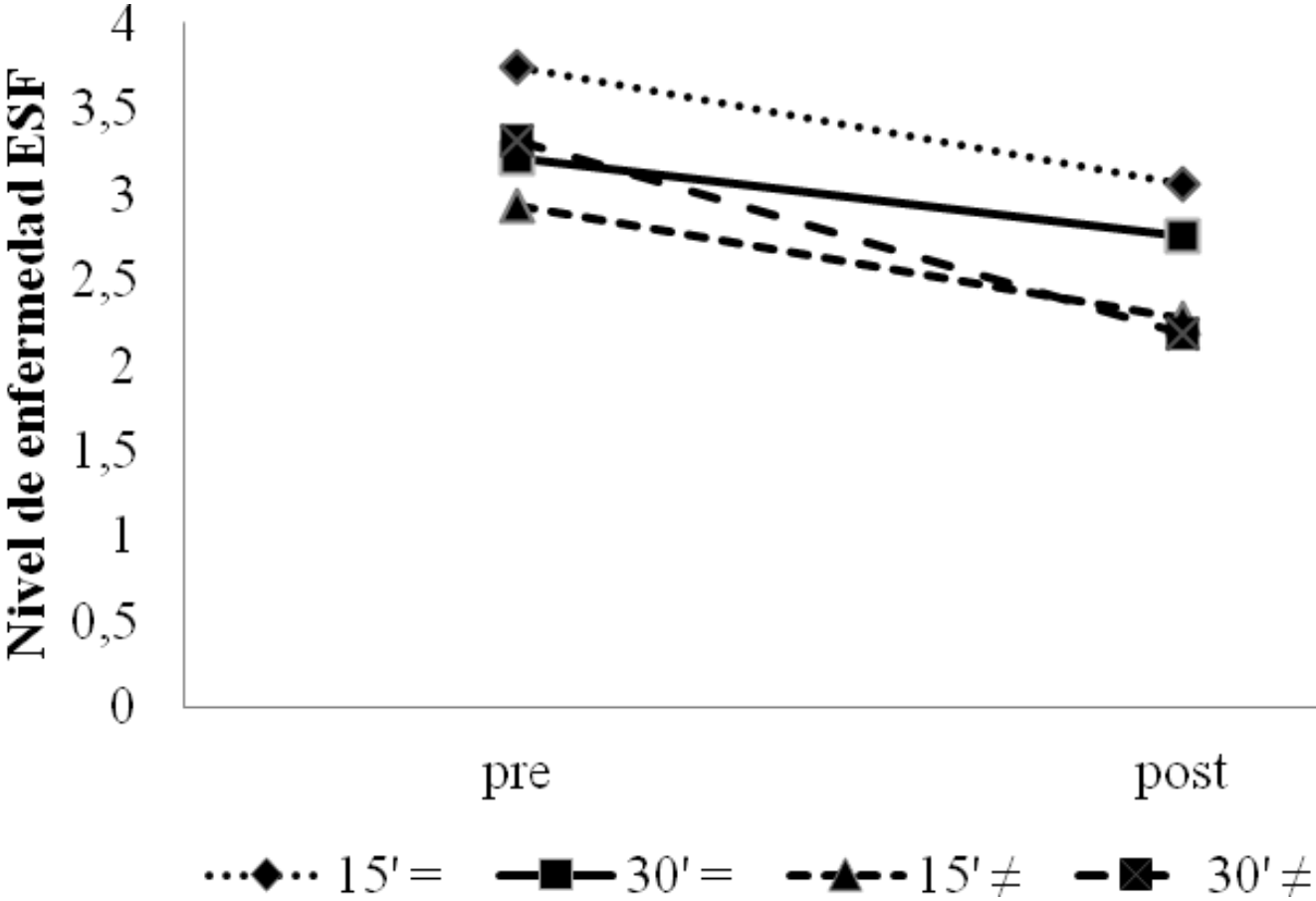
Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
Salud	1787,17	1	1787,17	747,53	,00	,88
Salud*grupo	13,97	1	13,97	5,84	<b>,01</b>	,05
Salud*tiempo	1,08	1	1,08	,45	,50	,00
Salud*grupo*tiempo	4,21	1	4,21	1,76	,18	,01

Nota. Salud = nivel de enfermedad medido por la ESF; grupo = condición experimental; tiempo = duración de la sesión.

En la figura 19 se observa una disminución de los niveles de enfermedad en todos los grupos de RE, principalmente en el grupo de RE distinto-trauma 30 minutos<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Para observar las tendencias de los grupos de RE en salud, no se muestra la escala real de medida de la ESF.

Figura 19. Niveles de enfermedad en los momentos pre y seguimiento medidos por la escala ESF



### **3.7. Covariables alexitimia, optimismo y estrés postraumático y las variables dependientes: número de traumas y tiempo de la sesión, de acuerdo con las puntuaciones obtenidas en el seguimiento**

Por último, tal y cómo se hizo para los grupos en función del tipo de trauma reexperimentado, un último grupo de análisis se llevaron a cabo con la finalidad de evaluar el efecto de la condición de escritura (mismo trauma durante 30 minutos, mismo trauma durante 15 minutos, distinto trauma durante 30 minutos, distinto trauma durante 15 minutos, grupo de imaginación o grupo control) sobre el bienestar psicológico (afecto positivo, afecto negativo, ansiedad, depresión, hostilidad, alegría, intrusión, evitación) y la salud física, en relación con el papel modulador de las variables alexitimia, optimismo y estrés postraumático. En este sentido se llevaron a cabo dos tipos de análisis: (i) análisis correlacionales entre las covariables alexitimia, optimismo y estrés postraumático y las variables dependientes: número de traumas y tiempo de la sesión, de acuerdo con las puntuaciones obtenidas en el seguimiento; y (ii) análisis multivariante de la varianza de las medidas post de pensamientos intrusivos, conductas de evitación, ansiedad, depresión y salud autoinformada, tomando a las variables moduladoras alexitimia, optimismo y estrés postraumático como covariables.

Con las puntuaciones obtenidas en los instrumentos de evaluación aplicados, se realizaron análisis correlacionales de Pearson entre las medidas del seguimiento de las variables dependientes (pensamientos intrusivos, respuestas de evitación, ansiedad, depresión y salud) y las covariables (alexitimia, optimismo y síntomas de estrés postraumático).

Los resultados y el nivel de significación obtenidos de los estudios correlacionales de las variables dependientes y las covariables en el grupo de RE mismo-trauma-15 minutos, se presentan en la tabla 36.

Tabla 36

*Análisis de correlación de las medidas post de las variables dependientes (pensamientos intrusivos, evitación, ansiedad, depresión y salud) y las covariables (alexitimia, optimismo y síntomas de estrés postraumático) en el grupo de RE mismo-trauma-15 minutos*

		Pensamientos				
		intrusivos	Evitación	Ansiedad	Depresión	Salud
Alexitimia	Correlación de Pearson	,27	<b>,47(*)</b>	<b>-,46(*)</b>	-,09	,34
	Sig.	,19	,01	,02	,65	,09
	N	24	24	24	24	24
Optimismo	Correlación de Pearson	<b>-,48(*)</b>	<b>-,50(*)</b>	<b>,51(*)</b>	-,00	-,38
	Sig.	,01	,01	,01	,98	,06
	N	24	24	24	24	24
TEPT	Correlación de Pearson	,37	,24	<b>-,56(**)</b>	<b>-,53(**)</b>	,28
	Sig.	,07	,24	,00	,00	,18
	N	24	24	24	24	24

Nota. Alexitimia = nivel de alexitimia medido a través de la TAS-20; Optimismo = nivel de optimismo medido a través del LOT-R; TEPT = nivel de estrés postraumático medido a través de la PDS; Pensamientos intrusivos = nivel de pensamientos intrusivos medido a través de la IES-R; Evitación = nivel de respuestas de evitación medido a través de la IES-R; Ansiedad = nivel de ansiedad medido a través de la HADS; Depresión = nivel de depresión medido a través de la HADS; Salud = nivel de salud medido a través de la ESF; Correlación de Pearson = coeficiente de correlación de Pearson; n = número de participantes.

Como se puede observar en la tabla 36, se obtuvieron correlaciones significativas negativas de alexitimia con ansiedad ( $r = -,46, p = ,05$ ); de optimismo con pensamientos intrusivos ( $r = -,48, p = ,05$ ) y con respuestas de evitación ( $r = -,50, p = ,05$ ); y de síntomas de estrés postraumáticos con ansiedad ( $r = -,56, p = ,01$ ) y depresión ( $r = -,533, p = ,01$ ). Asimismo, se obtuvieron correlaciones significativas positivas de alexitimia con evitación ( $r = ,47, p = ,05$ ) y de optimismo con ansiedad ( $r = -,51, p = ,05$ ).

Los participantes del grupo de RE mismo-trauma-15 minutos que presentaban altas puntuaciones en alexitimia mostraban bajos niveles de ansiedad en el seguimiento y altos niveles en conductas de evitación. Los participantes que puntuaban alto en optimismo mostraban bajos niveles de pensamientos intrusivos y respuestas de evitación, y altos niveles de ansiedad. Y los participantes con altas puntuaciones en estrés postraumático presentaban bajos niveles de ansiedad y depresión.

Los resultados y el nivel de significación obtenidos de los estudios correlacionales de las variables dependientes y las covariables en el grupo de RE distinto-trauma 15 minutos, se presentan en la tabla 37.

Tabla 37

*Análisis de correlación de las medidas post de las variables dependientes (pensamientos intrusivos, evitación, ansiedad, depresión y salud) y las covariables (alexitimia, optimismo y síntomas de estrés postraumático) en el grupo de RE distinto-trauma 15 minutos*

		Pensamientos intrusivos	Evitación	Ansiedad	Depresión	Salud
Alexitimia	Correlación de Pearson	-,08	-,02	-,35	<b>-,40(*)</b>	<b>,42(*)</b>
	Sig.	,64	,88	,05	,02	,02
	N	29	29	29	29	29
Optimismo	Correlación de Pearson	-,22	-,03	<b>,55(**)</b>	,08	<b>-,40(*)</b>
	Sig.	,24	,84	,00	,67	,03
	N	29	29	29	29	29
TEPT	Correlación de Pearson	,10	,16	,20	-,14	,03
	Sig.	,60	,38	,29	,46	,87
	N	29	29	29	29	29

Nota. Alexitimia = nivel de alexitimia medido a través de la TAS-20; Optimismo = nivel de optimismo medido a través del LOT-R; TEPT = nivel de estrés postraumático medido a través de la PDS; Pensamientos intrusivos = nivel de pensamientos intrusivos medido a través de la IES-R; Evitación = nivel de respuestas de evitación medido a través de la IES-R; Ansiedad = nivel de ansiedad medido a través de la HADS; Depresión = nivel de depresión medido a través de la HADS; Salud = nivel de salud medido a través de la ESF; Correlación de Pearson = coeficiente de correlación de Pearson; n = número de participantes.



Como se puede observar en la tabla 37 se obtuvieron correlaciones significativas negativas de alexitimia con depresión ( $r = -.40, p = .05$ ); de optimismo con salud ( $r = -.40, p = .05$ ). Asimismo, se alcanzaron correlaciones significativas positivas de alexitimia con salud ( $r = .42, p = .05$ ) y de optimismo con ansiedad ( $r = -.55, p = .01$ ).

Los participantes del grupo de RE distinto-trauma-15 minutos que presentaban altas puntuaciones en alexitimia mostraban bajos niveles de depresión en el seguimiento y altos niveles de enfermedad. Los participantes que puntuaban alto en optimismo mostraban bajos niveles de enfermedad, y altos niveles de ansiedad.

Los resultados y el nivel de significación obtenidos de los estudios correlacionales de las variables dependientes en el grupo de RE mismo-trauma-30 minutos y las covariables, se presentan en la tabla 38.

Tabla 38

*Análisis de correlación de las medidas post de las variables dependientes (pensamientos intrusivos, evitación, ansiedad, depresión y salud) y las covariables (alexitimia, optimismo y síntomas de estrés postraumático) en el grupo de RE mismo-trauma-30 minutos*

		Pensamientos intrusivos	Evitación	Ansiedad	Depresión	Salud
Alexitimia	Correlación de Pearson	,15	,08	-,15	-,25	-,01
	Sig.	,42	,65	,40	,18	,92
	N	29	29	29	29	29
Optimismo	Correlación de Pearson	-,12	-,28	-,02	,10	,30
	Sig.	,52	,13	,89	,59	,11
	N	29	29	29	29	29
TEPT	Correlación de Pearson	<b>,44(*)</b>	<b>,50(**)</b>	-,31	,01	-,01
	Sig.	,01	,00	,09	,93	,93
	N	29	29	29	29	29

Nota. Alexitimia = nivel de alexitimia medido a través de la TAS-20; Optimismo = nivel de optimismo medido a través del LOT-R; TEPT = nivel de estrés postraumático medido a través de la PDS; Pensamientos intrusivos = nivel de pensamientos intrusivos medido a través de la IES-R; Evitación = nivel de respuestas de evitación medido a través de la IES-R; Ansiedad = nivel de ansiedad medido a través de la HADS; Depresión = nivel de depresión medido a través de la HADS; Salud = nivel de salud medido a través de la ESF; Correlación de Pearson = coeficiente de correlación de Pearson; n = número de participantes.

Como se puede observar en la tabla 38 se obtuvieron correlaciones significativas positivas de síntomas de estrés postraumático con pensamientos intrusivos ( $r = ,43, p = ,05$ ) y respuesta de evitación ( $r = -,50, p = ,01$ ).

Los participantes del grupo de RE mismo-trauma-30 minutos que presentaban altas puntuaciones en síntomas de estrés postraumático, puntuaban alto en pensamientos intrusivos y en respuestas de evitación en el seguimiento.

Los resultados y el nivel de significación obtenidos de los estudios correlacionales de las variables dependientes y las covariables en el grupo de RE distinto-trauma 30 minutos, se presentan en la tabla 39.

Tabla 39

*Análisis de correlación de las medidas post de las variables dependientes (pensamientos intrusivos, evitación, ansiedad, depresión y salud) y las covariables (alexitimia, optimismo y síntomas de estrés postraumático) en el grupo de RE distinto-trauma 30 minutos*

		Pensamientos				
		intrusivos	Evitación	Ansiedad	Depresión	Salud
Alexitimia	Correlación de Pearson	,16	,23	-,18	-,25	-,13
	Sig.	,44	,28	,40	,23	,53
	N	23	23	23	23	23
Optimismo	Correlación de Pearson	<b>-,49(*)</b>	<b>-,48(*)</b>	,33	-,09	-,19
	Sig.	,01	,02	,12	,65	,37
	N	23	23	23	23	23
TEPT	Correlación de Pearson	<b>,70(**)</b>	<b>,58(**)</b>	-,40	-,13	-,09
	Sig.	,00	,00	,05	,54	,68
	N	23	23	23	23	23

Nota. Alexitimia = nivel de alexitimia medido a través de la TAS-20; Optimismo = nivel de optimismo medido a través del LOT-R; TEPT = nivel de estrés postraumático medido a través de la PDS; Pensamientos intrusivos = nivel de pensamientos intrusivos medido a través de la IES-R; Evitación = nivel de respuestas de evitación medido a través de la IES-R; Ansiedad = nivel de ansiedad medido a través de la HADS; Depresión = nivel de depresión medido a través de la HADS; Salud = nivel de salud medido a través de la ESF; Correlación de Pearson = coeficiente de correlación de Pearson; n = número de participantes.

Se obtuvieron correlaciones significativas negativas de optimismo con pensamientos intrusivos ( $r = -,49, p = ,05$ ) y conductas de evitación ( $r = -,48, p = ,05$ ); y positivas de síntomas de estrés postraumático con pensamientos intrusivos ( $r = ,70, p = ,01$ ) y respuesta de evitación ( $r = -,58, p = ,01$ ).

Los participantes del grupo de RE mismo-trauma-30 minutos que presentaban altas puntuaciones en optimismo mostraban bajos niveles de pensamientos intrusivos y de respuestas de evitación, sin embargo, los participantes que puntuaban alto en

síntomas de estrés postraumático, puntuaban alto en pensamientos intrusivos y en respuestas de evitación en el seguimiento.

Con estas estructuras correlacionales en las que variables moduladoras mantienen diferencialmente correlaciones significativas con las variables dependientes de este estudio, era factible sospechar que pudieran jugar un papel como covariables en la explicación de los resultados obtenidos.

En este sentido, se realizó un análisis multivariante de la varianza de las medidas post de pensamientos intrusivos, conductas de evitación, ansiedad, depresión y salud autoinformada, tomando a las variables moduladoras alexitimia, optimismo y estrés postraumático como covariables. La finalidad de estos análisis fue conocer qué papel jugó cada covariable. En la tabla 40 se recoge los datos más relevantes.

Tabla 40

*MANOVA de las medidas post de pensamientos intrusivos, conductas de evitación, ansiedad, depresión y salud autoinformada, con los niveles de alexitimia, optimismo y estrés postraumático como covariables*

Fuente	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo		Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
		III	gl				
Alexitimia	Intrusión post	4,72	1	4,72	,17	,67	,00
	Evitación post	2,31	1	2,31	,10	,75	,00
	Ansiedad post	15,87	1	15,87	2,51	,11	,02
	Depresión post	36,35	1	36,35	6,63	<b>,01</b>	,06
	Salud post	2,15	1	2,15	1,61	,20	,01
Optimismo	Intrusión post	160,15	1	160,15	5,88	<b>,01</b>	,05
	Evitación post	105,04	1	105,04	4,59	<b>,03</b>	,04
	Ansiedad post	32,18	1	32,18	5,10	<b>,02</b>	,04
	Depresión post	9,07	1	9,07	1,65	,20	,01
	Salud post	1,44	1	1,44	1,08	,30	,01
Estrés	Intrusión post	225,74	1	225,74	8,29	<b>,00</b>	,07
	Evitación post	154,91	1	154,91	6,78	<b>,01</b>	,06
	Ansiedad post	3,96	1	3,96	,62	,43	,00
	Depresión post	11,34	1	11,34	2,07	,15	,02
	Salud post	,00	1	,00	,00	,99	,00

Nota. Intrusión post = nivel de pensamientos intrusivos medido a través de la IES-R en el seguimiento; Evitación post = nivel de respuestas de evitación medido a través de la IES-R en el seguimiento; Ansiedad post = nivel de ansiedad medido a través de la HADS en el seguimiento; Depresión post = nivel de depresión medido a través de la HADS en el seguimiento; Salud post = nivel de salud medido a través de la ESF en el seguimiento; Alexitimia = nivel de alexitimia medido a través de la TAS-20; Optimismo = nivel de optimismo medido a través del LOT-R; Estrés = nivel de estrés postraumático medido a través de la PDS.

Se encontró que la alexitimia moduló las puntuaciones post en depresión  $F(1,105) = 6,63, p = ,01, \eta^2 = ,06$ . A medida que los participantes mostraban más dificultades a la hora de expresar sus emociones, menor nivel de depresión muestran en el seguimiento, y por tanto, más se beneficiaban.

Asimismo, se observó que el optimismo moduló las puntuaciones post en intrusión  $F(1,105) = 5,88, p = ,01, \eta^2 = ,05$ , evitación  $F(1,105) = 4,59, p = ,03, \eta^2 = ,04$ , y ansiedad  $F(1,105) = 5,10, p = ,02, \eta^2 = ,04$ . A medida que los participantes presentan más respuestas optimistas, menor nivel de pensamientos intrusivos y conductas de evitación muestran en el seguimiento. Sin embargo, cuando se presentan tendencias optimistas, mayor nivel de ansiedad se muestra en el seguimiento, y por tanto, menores beneficios se obtienen.

Por último, se encontró un papel modulador del estrés postraumático para los niveles de intrusión  $F(1,105) = 8,29, p = ,00, \eta^2 = ,07$  y evitación  $F(1,105) = 6,78, p = ,01, \eta^2 = ,06$ . Cuanto mayor estrés postraumático se presenta, mayor nivel de intrusión y evitación se observa en el seguimiento.

### **3.8. Análisis multivariante de la varianza de las medidas post de pensamientos intrusivos, conductas de evitación, ansiedad, depresión y salud autoinformada, tomando a las variables moduladoras alexitimia, optimismo y estrés postraumático como covariables**

Tras observar el efecto del tratamiento en los grupos de RE, se realizó análisis multivariante de la varianza de las medidas post de pensamientos intrusivos, conductas de evitación, ansiedad, depresión y salud autoinformada, tomando a las variables moduladoras alexitimia, optimismo y estrés postraumático como covariables. Cada variable dependiente (pensamientos intrusivos, evitación, ansiedad, depresión y salud) se contrastó para cada variable independiente, su interacción y las covariables (alexitimia, optimismo, estrés postraumático).

Asimismo, se observaron niveles significativos en las medidas post de depresión  $F(1,101) = 6,63, p = ,01, \eta^2 = ,06$ , tomando como modulador la covariable alexitimia; en las medidas post de pensamientos intrusivos  $F(1,101) = 5,88, p = ,01, \eta^2 = ,05$ , conductas de evitación  $F(1,101) = 4,59, p = ,03, \eta^2 = ,04$  y ansiedad  $F(1,101) = 5,10, p = ,02, \eta^2 = ,04$ , tomando como modulador el optimismo; y en las medidas post de pensamientos intrusivos  $F(1,101) = 8,29, p = ,01, \eta^2 = ,06$  y conductas de evitación  $F(1,101) = 6,78, p = ,01, \eta^2 = ,01$ , tomando como modulador el estrés postraumático. De estos datos se desprende que aquellos participantes que presentaban altas puntuaciones en alexitimia mostraban bajos niveles de depresión en el seguimiento. Altas puntuaciones en optimismo se relacionaban con bajas puntuaciones en pensamientos intrusivos y conductas de evitación, y altas puntuaciones en ansiedad en el seguimiento. Por otro lado, cuanto mayor era la puntuación inicial en estrés postraumático, mayores eran las puntuaciones en el seguimiento en pensamientos intrusivos y en conductas de evitación.

En la tabla 41a se recoge las medias y desviaciones típicas de las medidas recogidas en el seguimiento de pensamientos intrusivos, conductas de evitación, ansiedad, depresión y salud autoinformada.

Tabla 41a

*Medias y desviaciones típicas de las medidas post de pensamientos intrusivos, conductas de evitación, ansiedad, depresión y salud autoinformada.*

	Grupo	Tiempo	Media	SD	n
Pensamientos intrusivos post	= trauma	15 minutos	8,74	6,55	24
		30 minutos	7,58	5,49	29
		Total	8,11	5,96	53
	≠ traumas	15 minutos	8,51	5,03	29
		30 minutos	7,91	5,71	23
		Total	8,25	5,29	52
	Total	15 minutos	8,62	5,71	53
		30 minutos	7,73	5,53	52
		Total	8,18	5,61	105
Evitación post	= trauma	15 minutos	7,74	4,99	24
		30 minutos	7,81	5,08	29
		Total	7,78	4,99	53
	≠ traumas	15 minutos	9,65	4,79	29
		30 minutos	7,91	5,85	23
		Total	8,88	5,30	52
	Total	15 minutos	8,78	4,93	53
		30 minutos	7,86	5,38	52
		Total	8,32	5,15	105
Ansiedad post	= trauma	15 minutos	9,72	2,27	24
		30 minutos	9,01	2,35	29
		Total	9,33	2,32	53
	≠ traumas	15 minutos	10,51	2,98	29
		30 minutos	10,52	3,02	23
		Total	10,51	2,97	52
	Total	15 minutos	10,15	2,69	53
		30 minutos	9,68	2,75	52
		Total	9,92	2,71	105
Depresión post	= trauma	15 minutos	6,89	1,87	24
		30 minutos	6,53	3,10	29
		Total	6,69	2,60	53
	≠ traumas	15 minutos	7,54	2,07	29
		30 minutos	7,47	2,31	23
		Total	7,51	2,16	52
	Total	15 minutos	7,24	1,99	53
		30 minutos	6,95	2,79	52
		Total	7,10	2,41	105



VARIABLES QUE AFECTAN A LA EFICACIA DE LA REEXPERIMENTACIÓN EMOCIONAL

Salud post	= trauma	15 minutos	3,06	1,25	24
		30 minutos	2,74	1,04	29
		Total	2,89	1,14	53
	≠ traumas	15 minutos	2,27	1,30	29
		30 minutos	2,18	1,02	23
		Total	2,23	1,17	52
	Total	15 minutos	2,63	1,33	53
		30 minutos	2,49	1,06	52
		Total	2,56	1,20	105

Nota. Pensamientos intrusivos post = nivel de pensamientos intrusivos medido a través de la IES-R en el seguimiento; Evitación post = nivel de respuestas de evitación medido a través de la IES-R en el seguimiento; Ansiedad post = nivel de ansiedad medido a través de la HADS en el seguimiento; Depresión post = nivel de depresión medido a través de la HADS en el seguimiento; Salud post = nivel de salud medido a través de la ESF en el seguimiento; = trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático durante tres sesiones; ≠ trauma = condición experimental en la que los participantes narran un evento traumático distinto en cada una de las tres sesiones; 15 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 15 minutos; 30 minutos = condición experimental en la que los participantes narran uno o varios traumas durante sesiones de 30 minutos; *n* = número de participantes asignados a la condición experimental; *SD* = desviación típica.

En la tabla 41b se recoge el análisis multivariante de la varianza de las medidas post de pensamientos intrusivos, conductas de evitación, ansiedad, depresión y salud autoinformada, tomando a las variables moduladoras alexitimia, optimismo y estrés postraumático como covariables.

Tabla 41b

*Análisis multivariante de la varianza de las medidas post de pensamientos intrusivos, conductas de evitación, ansiedad, depresión y salud autoinformada, tomando a las variables moduladoras alexitimia, optimismo y estrés postraumático como covariables*

Fuente	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo		Media cuadrática	F	Sig	$\eta^2$
		III	gl				
Alexitimia	Intrusión post	4,722	1	4,722	,174	,67	,00
	Evitación post	2,31	1	2,31	,10	,75	,00
	Ansiedad post	15,87	1	15,87	2,51	,11	,02
	Depresión post	36,35	1	36,35	6,63	<b>,01</b>	,06
	Salud post	2,15	1	2,15	1,61	,20	,01
Optimismo	Intrusión post	160,15	1	160,15	5,88	<b>,01</b>	,05
	Evitación post	105,04	1	105,04	4,59	<b>,03</b>	,04
	Ansiedad post	32,18	1	32,18	5,10	<b>,02</b>	,04
	Depresión post	9,07	1	9,07	1,65	,20	,01
	Salud post	1,44	1	1,44	1,08	,30	,01
TEPT	Intrusión post	225,74	1	225,74	8,29	<b>,00</b>	,07
	Evitación post	154,91	1	154,91	6,78	<b>,01</b>	,06
	Ansiedad post	3,96	1	3,96	,62	,43	,00
	Depresión post	11,34	1	11,34	2,07	,15	,02
	Salud post	,00	1	,00	,00	,99	,00
Tiempo	Intrusión post	20,27	1	20,27	,62	,43	,00
	Evitación post	17,94	1	17,94	,67	,41	,00
	Ansiedad post	3,24	1	3,24	,45	,50	,00
	Depresión post	1,17	1	1,17	,20	,65	,00
	Salud post	1,09	1	1,09	,80	,37	,00
grupo*tiempo	Intrusión post	2,03	1	2,03	,06	,80	,00
	Evitación post	21,52	1	21,52	,80	,37	,00
	Ansiedad post	3,32	1	3,32	,46	,49	,00
	Depresión post	,57	1	,57	,09	,75	,00
	Salud post	,31	1	,31	,23	,63	,00

Nota. Intrusión post = nivel de pensamientos intrusivos medido a través de la IES-R en el seguimiento; Evitación post = nivel de respuestas de evitación medido a través de la IES-R en el seguimiento; Ansiedad post = nivel de ansiedad medido a través de la HADS en el seguimiento; Depresión post = nivel de depresión medido a través de la HADS en el seguimiento; Salud post = nivel de salud medido a través de la ESF en el seguimiento; grupo = condición experimental; tiempo = duración de la sesión; Alexitimia = nivel de alexitimia medido a través de la TAS-20; Optimismo = nivel de optimismo medido a través del LOT-R; TEPT = nivel de estrés postraumático medido a través de la PDS; grupo = condición experimental; tiempo = duración de la sesión.

## Discusión

Este estudio examinó cómo el paradigma de RE se relaciona con la salud física y el bienestar psicológico. Específicamente, se han explorado los beneficios de la escritura repetida cuando se realiza sobre un mismo trauma, sobre distintos traumas o sobre traumas imaginarios, durante tres sesiones de escritura. Secundariamente, se observó si se obtenían los mismos beneficios con una escritura corta, de 15 minutos, o con una escritura más larga, de 30 minutos. Asimismo, se ha examinado el papel que la alexitimia, el optimismo y nivel de estrés postraumático poseen sobre los posibles beneficios del procedimiento de RE.

En primer lugar, tal y como se esperaba, se pudo contrastar una mayor activación tras la primera sesión de escritura de RE (mayor afecto negativo, ansiedad, depresión y hostilidad, y menor afecto positivo y alegría), que fue disminuyendo sesión a sesión; datos que se encuentra en la línea de los autores que argumentan que la RE ha sido asociada con mejoras en humor entre estudiantes saludables (Greenberg et al., 1996; Pennebaker y Beall, 1986; Pennebaker et al., 1987; Pennebaker et al., 1988; Petrie et al., 1995) y de los resultados de tres metanálisis que han demostrado la eficacia de la RE sobre el estado de ánimo (Frattaroli, 2006; Frisina, Borod y Lepore, 2004; Smyth, 1998).

Además, esta activación se ha asociado a mejoras en la salud (Esterling et al., 1994; Pennebaker y Beall, 1986, Pennebaker et al., 1988; Petrie et al., 1995; Sloan y Marx, 2004a) y en el bienestar psicológico, medido a través de la disminución de los niveles iniciales de ansiedad (Graham et al., 2008; O'Connor et al., 2005; Range et al., 2000) y de depresión (Broderick et al., 2005; Chen y Contrada, 2009; Danoff-Burg et al., 2010; O'Connor et al., 2005; Sloan y Marx, 2004a).

En cuanto al nivel de ansiedad, la eficacia de la RE se ve potenciada a través de la narración repetida del mismo hecho durante sesiones largas. Este resultado se observa tanto sesión a sesión como en las medidas de seguimiento. Esta reducción en el nivel de ansiedad sugiere que, en esta variable, la RE sirve como un contexto que permite al participante exponerse a los recuerdos aversivos evitados (Bootzin, 1997; Kloss y Lisman, 2002; Lepore et al., 2002; Pennebaker, 1997; Sloan y Marx, 2004b).

Sin embargo, en cuanto al nivel de depresión, la eficacia de la RE sí parece independiente de si se escribe sobre el mismo o diferente trauma. Este resultado se observa tanto sesión a sesión como en las medidas de seguimiento. La depresión parece más vinculada con un elemento metacognitivo: el recuperar un hecho doloroso desestructura emocionalmente (con independencia del hecho traumático recordado), y sólo la exposición logra disminuir esa desestructuración. De alguna manera, la depresión sería una especie de atributo del hecho de recordar un suceso doloroso, sin relación con la naturaleza o repetitividad del recuerdo: lo decisivo para que la RE reduzca los niveles de depresión consistiría en exponerse al desánimo en sí mismo, sin relación con el suceso que lo evoque (Peñate et al., 2010).

En la variable salud, la eficacia de la RE también parece independiente de si se escribe sobre el mismo o diferente trauma. Parece que desinhibir las emociones y recuerdos asociados a situaciones estresantes o traumáticas se asocia a procesos de cambio que mejoran el estado de salud. En este caso, la hipótesis de la exposición no parece tan sólida y sí parece favorecer la hipótesis de la existencia de un mecanismo de inhibición conductual alterado, como ha defendido Pennebaker (1989).

Los resultados obtenidos sobre los pensamientos intrusivos y las conductas de evitación, síntomas asociados al estrés postraumático, no se vieron afectados por la RE.

Estos datos van en contra de la línea de estudios previos, en los que se observó que la RE reducía la frecuencia y/o el impacto de los pensamientos intrusivos sobre el trauma (Lepore, 1997; Lepore et al., 1996; Lepore et al., 2000) o, en su defecto, se mostró la eficacia del paso del tiempo sobre el impacto y el número de pensamientos intrusivos y conductas de evitación, con independencia de llevar a cabo un proceso de RE (O'Connor et al., 2005; Zech y Rimé, 2005). En principio, se esperaría que un procedimiento a través del cual se pretende recuperar traumas vividos para mejorar la salud y el bienestar de las personas, tendría un reflejo en los efectos directos del propio trauma (Schoutrop, Lange, Hanewald, Davidovich y Salomon, 2002); sin embargo, tal y como se ha verificado en otros grupos de investigación (Sloan et al., 2005; Sloan y Marx, 2004a), esos efectos se producen en personas que informaron al menos de una gravedad moderada de síntomas de estrés postraumático. En la presente investigación las puntuaciones previas en intrusión y evitación están alejadas de ser puntuaciones clínicamente significativas (Corcoran y Fischer, 1994, sitúan los puntos de corte por encima de una puntuación directa de 20.0). Por último, es posible que tanto las conductas de evitación (Kenardy, 2006) como los pensamientos intrusivos (Sloan et al., 2008) posean un papel más modulador sobre los potenciales efectos de la RE, es decir, que los niveles iniciales del paciente en pensamientos intrusivos y en conductas de evitación limiten o potencien los efectos de la RE.

Tal y como realizaron Greenberg et al. (1996), se exploró si la revelación de emociones de eventos imaginarios y que eran narrados por primera vez en el contexto del laboratorio, podría producir efectos sobre la salud similares a los de la RE de traumas pasados reales. Los participantes del grupo de RE imaginación presentaron niveles de activación inicial iguales o superiores al resto de grupos de RE (mayor afecto negativo, ansiedad, depresión y hostilidad, y menor afecto positivo y alegría). Sin

embargo, los niveles de ansiedad aumentaron ligeramente en el seguimiento y los niveles de depresión y salud se mantuvieron estables. Estos datos replican los hallazgos a corto plazo del estudio anterior de Greenberg et al. (1996), con un aumento del afecto negativo y una disminución del positivo, pero no a largo plazo ya que no se observaron disminuciones de las visitas médicas de los grupos de RE de trauma imaginario. Este dato apoya la hipótesis inicial de los autores que apuntaba que la desinhibición era el elemento clave de la RE. Como los eventos traumáticos imaginarios no han sido inhibidos previamente, si no se obtienen mejoras en salud supondría que la expresión de las emociones previamente suprimidas es un elemento clave del éxito de la RE y explicaciones como la catarsis o la habituación ganarían peso dentro del esclarecimiento de los procesos que están detrás de los beneficios de la RE. Sin embargo, teorías como las de la autorregulación, que explican la eficacia de la RE debido a que se vivencia como una experiencia de dominio, que permite observar, expresar y controlar las emociones (Lepore et al., 2002), pierden fuerza dentro de las explicaciones de los mecanismo subyacentes a los beneficios de la RE. En cualquier caso, estas conclusiones deben tomarse con cautela, debido a las diferencias entre las instrucciones derivadas de Pennebaker (1989) para los grupo de RE de traumas reales y las derivadas de Greenberg et al. (1996) para trauma imaginario. Mientras que en las primeras se solicita a los participantes que recuerden la situación vivida más altamente estresante y la describan acompañada de los pensamientos y emociones asociados; en la segunda, se enfatiza en la experimentación más intensa posible y en la profundización emocional extensa. Estas diferencias pueden haber generado un cierto sesgo de sobreestimación del efecto de las sesiones en el grupo de trauma imaginario.

Frente a la disparidad de datos, se podría plantear la existencia de mecanismos duales de funcionamiento tras los hallazgos del procedimiento de RE, pero también se

podría plantear nuevas hipótesis explicativas. En este sentido, los planteamientos derivados de la teoría del marco relacional y, más específicamente, de la terapia de aceptación y compromiso (Hayes et al., 2001; Wilson y Luciano, 2002), pueden servir como un nuevo marco explicativo. Si la evitación es la clave del sufrimiento humano, podría justificar por qué la exposición repetida a un hecho traumático evitado logra mejorar el ajuste físico y psicológico, sin relación con el hecho traumático en sí y si se expone al mismo o distinto suceso.

Finalmente, este trabajo pretendía aportar datos sobre el papel mediacional de las variables alexitimia, optimismo y estrés postraumático.

Más allá de la posible existencia de diferencias culturales (Fernández, Páez y Pennebaker, 2009), una pobre verbalización, un nivel bajo de auto-revelación y un nivel alto de inhibición, características típicas de personas con altas puntuaciones en alexitimia, se han asociado con problemas en el estado de ánimo y alta percepción de síntomas físicos. Algunos autores argumentan que cuando se logran superar esas dificultades, las personas con altos niveles de alexitimia se benefician más del procedimiento de RE (Páez, Velasco et al., 1999). Así, en la presente investigación, se ha observado que a medida que los participantes mostraban más dificultades a la hora de expresar sus emociones, menor nivel de depresión mostraban en el seguimiento, y por tanto, más se beneficiaron de los procedimientos de RE. En la misma línea, (Páez, Velasco et al., 1999) se observó que la escritura intensa de traumas reales (sesiones de 30 minutos) genera efectos positivos frente a las versiones más cortas de RE en personas con altas puntuaciones en alexitimia. Otro dato importante fue que la escritura de traumas imaginarios refuerza la angustia de los participantes con altas puntuaciones en alexitimia, lo que puede indicar que la clave de la RE se encuentra tanto en la exposición a emociones previamente vividas, como en el nivel de profundidad del

procesamiento del trauma y la comprensión de las emociones asociadas. Puede que la RE proporcione a los individuos con altas puntuaciones en alexitimia una oportunidad para procesar el material emocional sin un etiquetado emocional preciso y sin la interacción interpersonal de las terapias conversacionales, tal y como afirmó Bakie en 2008.

En relación al papel del optimismo, se observó que a medida que los participantes presentaban más respuestas optimistas, menor nivel de pensamientos intrusivos y conductas de evitación mostraban en el seguimiento. Sin embargo, cuando se presentaban tendencias pesimistas, se observaba un menor nivel de ansiedad en el seguimiento, y por tanto, más beneficios se obtenían. Los participantes con altas puntuaciones en optimismo del grupo de narración de mismo trauma durante sesiones intensas, no mostraron respuestas diferenciales en el seguimiento que los que presentaban bajas puntuaciones en optimismo. Aunque el rasgo de optimismo puede proporcionar recursos cognitivos, de afrontamiento y contextuales que promueven una mejor salud mental (Carver et al., 2010), tareas de RE en las que se narra el mismo suceso durante sesiones largas puede servir a los pesimistas como una guía para seleccionar sus problemas, elaborar estrategias de afrontamiento adaptativas, disminuir su tendencia a escribir de manera fatalista y a rumiar sobre los aspectos negativos y a desarrollar sensación de desesperanza y, por tanto, generar conductas típicas de los optimistas.

En cuanto al papel del estrés postraumático se observó que a mayor nivel de estrés, más conductas de intrusión y evitación se observaban en el seguimiento. Esta relación se podría ver influida por las escalas de medidas de estrés postraumático (PDS) y de los niveles de intrusión y evitación (IES-R). Los pensamientos de intrusión y las respuestas evitación son síntomas centrales del trastorno por estrés postraumático, por



tanto, las relaciones encontradas pueden deberse a que, de forma parcial, se evaluase la misma variable. Por otro lado, y en contra de lo esperado, fueron los procedimientos de RE más cortos y el de RE de trauma imaginación los que generaron ventajas al grupo de participantes con altas puntuaciones en síntomas de estrés postraumático.

Lo comentado hasta aquí se deriva de un trabajo con ciertas limitaciones y fortalezas. La fortaleza más notable de este estudio es que es uno de los pocos estudios que explora la eficacia de las instrucciones y de la duración de cada una de las sesiones. Fortalezas adicionales destacables en este estudio incluyen el uso de un tamaño muestral relativamente grande dentro de los estudios de RE ( $n = 151$ ) y el hecho de considerar el efecto de posibles variables que han sido identificadas como moderadoras de los efectos de la RE en estudios recientes como son los niveles de alexitimia, optimismo y estrés postraumático (Frattaroli, 2006). Además, con respecto a las condiciones experimentales y el diseño, la apertura emocional se realizó en privado, se instruyó específicamente sobre qué reexperimentar y sobre si cambiar o no de tema, durante tres sesiones, con una duración mínima de 15 minutos y un seguimiento de más de un mes, condiciones que han mostrado aumentar la eficacia de la RE (Frattaroli, 2006). Por otro lado, entre las limitaciones más destacables se encuentra que se ha trabajado con una muestra de estudiantes, con participación voluntaria, sin conocer su historial de estrés postraumático y las implicaciones que pudiera tener el hecho recordado para su ajuste personal. Además, algunas medidas de autoinforme (especialmente el nivel de salud/enfermedad) necesitarían de un soporte más objetivado y también se precisaría de un seguimiento mayor o de seguimientos complementarios.

La situación sanitaria actual ha impulsado a la investigación a estudiar sobre intervenciones de bajo coste. Los tratamientos psicológicos, a menudo, tienen que competir por los recursos financieros frente a los tratamientos médicos más

tradicionales. Una de las formas que puede favorecer el éxito de los tratamientos psicológicos es demostrar que pueden compensar los costos de salud física (Smyth y Catley, 2002). De hecho, el estrés psicológico contribuye, en muchas ocasiones, a la precipitación, mantenimiento y progresión de muchas enfermedades y la falta de reconocimiento de la importancia de los factores psicológicos puede conducir a tratamientos ineficaces (Smyth y Catley, 2002). Como resultado, muchos estudios han recomendado que la RE puede servir como una intervención clínica útil y de bajo coste. En todo caso, la promoción de la escritura como abordaje psicológico único parece prematura, ya que dicha práctica no ha sido justificada por los resultados empíricos (Batten et al., 2002; Gidron, Peri, Connolly y Shalev, 1996). Los resultados del presente estudio, junto con los de investigaciones anteriores, sugieren que, en el mejor de los casos, su uso debe limitarse a servir como un complemento a tratamientos apoyados empíricamente o formar parte de paquetes de intervención eficaces (Sloan y Marx, 2004b).

## Conclusiones

Las conclusiones derivadas de los resultados sobre el efecto de la condición de escritura (la escritura repetida sobre un mismo trauma, sobre distintos traumas o sobre traumas imaginarios, durante tres sesiones de escritura, con una escritura corta, de 15 minutos, o con una escritura más larga, de 30 minutos), así como el papel que la alexitimia, el optimismo y el estrés postraumático sobre el bienestar físico y psicológico fueron las siguientes:

En relación al impacto de la RE sesión a sesión sobre los estados de ánimo, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Respecto al nivel de activación de los estados negativos, a lo largo de las sesiones, los individuos que participaban en las condiciones de RE presentaron mayores niveles de estado de ánimo negativo (afecto negativo, ansiedad, depresión y hostilidad) tras la primera sesión de escritura que los controles, que disminuyeron a lo largo de las sesiones.

Los mejores resultados en afecto negativo se obtuvieron del grupo de distintos trauma 30 minutos.

El nivel de ansiedad disminuyó a lo largo de las sesiones especialmente en el grupo de narración del mismo trauma a lo largo de sesiones de RE largas.

El nivel de depresión cayó a lo largo de las sesiones de RE de traumas reales, independientemente si se narraba el mismo o distinto trauma a lo largo de las sesiones, así como del tiempo del procedimiento.

Los mejores resultados en hostilidad se obtuvieron especialmente en el procedimiento de narración del mismo trauma a lo largo de sesiones de RE largas.

Respecto al nivel de desactivación de los estados positivos, a lo largo de las sesiones, los individuos que participaban en las condiciones de RE presentaron menores niveles de estado de ánimo positivo (afecto positivo y alegría) tras la primera sesión de escritura que los controles, que aumentaron a lo largo de las sesiones. En especial, el nivel de alegría aumenta especialmente en los grupos de narración del mismo trauma indistintamente del tiempo de las sesiones.

En conclusión, se verificó la activación inicial de los estados de ánimo tras las sesiones de RE, seguida de una cierta habituación, dada sesión a sesión.

Por otro lado, las personas que participaban en las condiciones de RE presentaron mayores niveles de bienestar psicológico, medido a través de los niveles de ansiedad y depresión, en el seguimiento que el grupo control.

En la variable ansiedad los mejores resultados se obtuvieron en el procedimiento largo y de narración del mismo trauma a lo largo de las sesiones.

En la variable depresión los mejores resultados se obtuvieron de la narración de traumas reales, indistintamente de la narración de mismo o diferentes traumas durante las sesiones de escritura.

En contra de lo esperado, los individuos que participaban en las condiciones de RE no presentaron menores niveles de pensamientos intrusivos y respuestas de evitación en el seguimiento que el grupo control.

En segundo lugar, respecto al nivel de salud, los individuos que participaban en las condiciones de RE de traumas reales, indistintamente de que las sesiones de escritura

fueran cortas, de 15 minutos, o más largas, de 30 minutos, presentaron menores niveles de enfermedad en el seguimiento que los controles.

Del análisis del impacto de la alexitimia sobre los resultados físicos y psicológicos se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Los participantes con altas puntuaciones en alexitimia del grupo de narración del mismo trauma durante sesiones cortas y del grupo de RE de traumas imaginarios presentaron altas puntuaciones en evitación en el seguimiento.

Los participantes con altas puntuaciones en alexitimia asignados a los grupos de narración del mismo y distinto trauma cada sesión disminuyeron sus niveles de ansiedad en el seguimiento.

Los niveles de depresión se vieron disminuidos en los participantes con altas puntuaciones en alexitimia asignados al grupo de narración del mismo trauma en sesiones cortas, sin embargo, se vieron aumentados en el grupo de RE de traumas imaginarios.

Los participantes con altas puntuaciones en alexitimia asignados al grupo de narración de distintos traumas en sesiones cortas, aumentaron sus niveles de enfermedad en el seguimiento.

Finalmente, los participantes con altas puntuaciones en alexitimia no vieron modificadas sus respuestas por participar en los grupos de RE del mismo o distintos traumas a lo largo de sesiones largas escritas.

Del análisis del impacto del optimismo sobre los resultados físicos y psicológicos se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Los participantes con altas puntuaciones en optimismo asignados al grupo de narración del mismo trauma a lo largo de las sesiones, disminuyen sus niveles de pensamientos intrusivos y respuestas de evitación.

Los participantes del grupo de escritura del mismo trauma a lo largo de sesiones cortas que presentaban altas puntuaciones optimismo, mostraban bajos niveles de pensamientos intrusivos y respuestas de evitación, y altos niveles de ansiedad.

Los participantes del grupo de escritura del mismo trauma a lo largo de sesiones largas que presentaban altas puntuaciones en optimismo, no mostraron respuestas diferenciales en el seguimiento que los que presentaban bajas puntuaciones en optimismo.

Los participantes que puntuaban alto en optimismo asignados al grupo de narración de distintos traumas a lo largo de las sesiones, mostraban bajos niveles de pensamientos intrusivos y respuestas de evitación y altos niveles de ansiedad en el seguimiento.

Finalmente, los participantes del grupo de RE de traumas imaginarios que presentaban altas puntuaciones en optimismo, mostraban bajos niveles de intrusión y depresión y altos niveles en ansiedad.

Del análisis del impacto de los síntomas de estrés postraumáticos sobre los resultados físicos y psicológicos se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Los participantes del grupo de narración del mismo trauma que presentaban altas puntuaciones en estrés postraumático, presentaban bajos niveles de ansiedad y altos en intrusión y evitación.

Los participantes del grupo de narración del mismo trauma en sesiones cortas que presentaban con altas puntuaciones en estrés postraumático, presentaban bajos niveles de ansiedad y depresión.

Los participantes del grupo de narración del mismo trauma durante de sesiones de RE largas que presentaban altas puntuaciones en síntomas de estrés postraumática, puntuaban alto en pensamientos intrusivos y respuestas de evitación en el seguimiento.

Los participantes del grupo de narración de distintos traumas que presentaban altas puntuaciones en estrés postraumático, presentaban altos niveles en intrusión y evitación.

Los participantes del grupo de narración de distintos traumas a lo largo de sesiones cortas que presentaban altas puntuaciones en alexitimia, no mostraban diferencias en las puntuaciones del seguimiento.

Los participantes del grupo de narración de distintos traumas a lo largo de sesiones largas que presentaban altas puntuaciones en síntomas de estrés postraumático, puntuaban alto en pensamientos intrusivos y respuestas de evitación en el seguimiento.

Los participantes del grupo de RE imaginario que presentaban altas puntuaciones en estrés postraumático presentaban bajos niveles en ansiedad.

Las conclusiones más importantes sobre el papel de los moduladores son las siguientes:

La narración de traumas reales (mismo o diferente) parece apropiada para participantes con altas puntuaciones en alexitimia. Asimismo, parece que los procedimientos de RE más largos igualan a los participantes con altas puntuaciones en alexitimia a aquellos que no presentan tales puntuaciones.

Destacan los resultados de los participantes con altas puntuaciones en optimismo asignados al grupo de narración de mismo trauma durante sesiones intensas (30 minutos), puesto que no mostraron respuestas diferenciales en el seguimientos que aquellos participantes que presentaban bajas puntuaciones en optimismo.

Y finalmente, parece que son los procedimientos más cortos y el de trauma imaginación los que generan ventajas al grupo de participantes con altas puntuaciones en síntomas de estrés postraumático.

Como conclusión final, este trabajo demuestra que la RE puede ser una técnica útil si se toman en cuenta el tiempo de las sesiones, así como la narración del mismo trauma a lo largo de las sesiones, pues se observan resultados positivos en los niveles de determinadas variables: estados de ánimo negativos y positivo, ansiedad, depresión y estado de salud. Asimismo, cuidar las características del procedimiento de RE cuando se presenta a personas con altas puntuaciones en alexitimia o estrés postraumático o bajas puntuaciones en optimismo puede favorecer la consecución de beneficios en estos grupos poblacionales.



## Referencias

- Alberti, R. E. y Emmons, M. L. (1978). *Your perfect right: A guide to assertive behavior*. San Luis Obispo, CA: Impact.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6ª ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ames, S. C., Patten, C. A., Werch, C. E., Schroeder, D. R., Steven, S. R., Fredrickson, P. A., ... Hurt, R. D. (2007). Expressive writing as a smoking cessation treatment adjunct for young adult smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 9, 185-194.
- Asociación Médica Mundial. (1964). *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Recuperado el 2 de septiembre de 2011, de <http://www.isciii.es/htdocs/centros/enfermedadesraras/pdf/DeclaraciondeHelsinki.pdf>
- Báguena, M. J., Villarroya, E., Beleña, A., Díaz, A., Roldán, C. y Reig, R. (2001). Psychometric properties of the Spanish version of the Impact of Event Scale Revised (IES-R). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 581-604.
- Baikie, K. A. (2008). Who does expressive writing work for? Examination of alexithymia, splitting, and repressive coping style as moderators of the expressive writing paradigm. *British Journal of Health Psychology*, 13, 61-66.

- Barclay, L. J. y Skarlicki, D. P. (2009). Healing the wounds of organizational injustice. Examining the benefits of expressive writing. *Journal of Applied Psychology*, 94, 511-523.
- Batten, S. V., Follette, V. M., Hall, M. L. R. y Palm, K. M. (2002). Physical and psychological effects of written disclosure among sexual abuse survivors. *Behavior Therapy*, 33, 107-122.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bootzin, R. R. (1997). Examining the theory and clinical utility of writing about emotional experiences. *Psychological Science*, 83, 167-169.
- Briere, J. y Elliott, D. (2000). Prevalence, characteristics, and long-term sequelae of natural disaster exposure in the general population. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 661-679.
- Briere, J. y Elliott, D. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1205-1222.
- Broderick, J. E., Junghaenel, D. U. y Schwartz, J. E. (2005). Written emotional expression produces health benefits in fibromyalgia patients. *Psychosomatic Medicine*, 67, 326-334.
- Burton, C. M. y King, L. A. (2008). Effects of (very) brief writing on health: The two-minute miracle. *British Journal of Health Psychology*, 13, 9-14.

- Cameron, L. D. y Nicholls, G. (1998). Expression of stressful experiences through writing: Effects of a self-regulation manipulation for pessimists and optimists. *Health Psychology, 17*, 84-92.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review, 30*, 879-889.
- Chen, Y. Y. (2005). Written emotional expression and religion: Effects on PTSD symptoms. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 35*, 273-286.
- Chen, Y. Y. y Contrada, R. J. (2009). Framing written emotional expression from a religious perspective: Effects on depressive symptoms. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 39*, 427-438.
- Chung, C. K. y Pennebaker, J. W. (2008). Variations in the spacing of the expressive writing sessions. *British Journal of Health Psychology, 13*, 15-21.
- Cooper, L. y Gudeman, A. (1928). *A biography of the poetics of Aristotle*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Corcoran, K. y Fischer, J. (1994). *Measures for clinical practice: A Sourcebook* (3ª ed., Vol. 2). New York, NY: The Free Press.
- Corter, A. L. y Petrie, K. J. (2008). Expressive writing in context: The effects of a confessional setting and delivery of instructions on participant experience and language in writing. *British Journal of Health Psychology, 13*, 27-30.
- Creswell, J. D., Lamn, S., Stanton, A. L., Taylor, S. E., Bower, J. E. y Sherman, D. K. (2007). Does self-affirmation, cognitive processing or discovery of meaning explain cancer-related health benefits of expressive writing? *Personality and Social Psychology Bulletin, 33*, 238-250.

- D'Souza, P. J., Lumley, M. A., Kraft, C. A. y Wayne, J. A. D. (2008). Relaxation training and written emotional disclosure for tension or migraine headaches: A randomized, controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 36, 21-32.
- Dalton, J. J. y Glenwick, D. S. (2009). Effects of expressive writing on standardized graduate entrance exam performance and physical health functioning. *The Journal of Psychology*, 143, 279-292.
- Danoff-Burg, S., Mosher, C. E., Seawell, A. H. y Agge, J. D. (2010). Does narrative writing instruction enhance the benefits of expressive writing? *Anxiety, Stress, & Coping*, 23, 341-352.
- Del Pino-Sedeño, T., Peñate, W. y Bethencourt, J. M. (2011). La escala de valoración del estado de ánimo (EVEA): análisis de la estructura factorial y de la capacidad para detectar cambios en estado de ánimo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36, 19-32.
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R): Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems Inc.
- Derogatis, L. R. (2001). *Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Esterling, B. A., Antoni, M. H., Fletcher, M. A., Margulies, S. y Schneiderman, N. (1994). Emotional disclosure through writing or speaking modulates latent Epstein-Barr virus antibody titers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 130-140.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.

- Fernández, I. y Páez, D. (2008). The benefits of expressive writing after Madrid terrorist attack: Implication for emotional activation and positive affect. *British Journal of Health Psychology, 13*, 31-34.
- Fernández, I., Páez, D. y Pennebaker, J. W. (2009). Comparison of expressive writing after the terrorist attacks of September 11th and March 11th. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 9*, 89-103.
- Ferrando, P. J., Chico, E. y Tous, J. M. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema, 14*, 673-680.
- Foa, E. B. (1995). *Posttraumatic Diagnostic Scale Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- 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., Huppert, J. D. y Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory: An update. Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment. En B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3-24). New York, NY: Guilford Press.
- Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*, 20-35.
- Foa, E. B., Steketee, G. y Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 20*, 155-176.
- Fonagy, P. (2003). El psicoanálisis hoy en día. *World Psychiatry, 1*, 73-80.

- Francis, M. E. y Pennebaker, J. W. (1992). Putting stress into words: The impact of writing on physiological, absentee, and self-reported emotional well-being measures. *American Journal of Health Promotion*, 6, 280-287.
- Francis, M. E. y Pennebaker, J. W. (1993). *LIWC: Linguistic Inquiry and Word Count. Technical Report*. Dallas, TX: Southern Methodist University.
- Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 823-865.
- Freud, S. (2002). *Escritos sobre la histeria* (L. López-Ballesteros y R. Rey, Trads.). Madrid: Alianza. (Trabajo original publicado en 1895).
- Frisina, P. G., Borod, J. C. y Lepore, S. J. (2004). A meta-analysis of the effects of written emotional disclosure on the health outcomes of clinical populations. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 192, 629-634.
- Giannotta, F., Settanni, M., Kliewer, W. y Ciairano, S. (2009). Results of an Italian school-based expressive writing intervention trial focused on peer problems. *Journal of Adolescence*, 32, 1377-1389.
- Gidron, Y., Peri, T., Connolly, J. F. y Shalev, A. Y. (1996). Written disclosure in posttraumatic stress disorder: Is it beneficial for the patient? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 505-507.
- Gómez-Martín, S., López-Ríos, F. y Mesa-Manjón, H. (2007). Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 491-507.
- Graham, J. E., Lobel, M., Glass, P. y Lokshina, I. (2008). Effects of written anger expression in chronic pain patients: Making meaning from pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 201-212.

- Grasing, K., Mathur, D. y Desouza, C. (2010). Written emotional expression during recovery from cocaine dependence: Group and individual differences in craving intensity. *Substance Use & Misuse*, 45, 1210-1215.
- Graves, K. D., Schmidt, J. E., Bollmer, J., Fejfar, M., Langer, S., Blonder, L. X. y Andrykowski, M. A. (2005). Emotional expression and emotional recognition in breast cancer survivors: A controlled comparison. *Psychology and Health*, 20, 579-595.
- Greenberg, M. A. y Stone, A. A. (1992). Emotional disclosure about traumas and its relation to health: Effects of previous disclosure and trauma severity. *Personality Processes and Individual Differences*, 63, 75-84.
- Greenberg, M. A., Wortman, C. B. y Stone, A. A. (1996). Emotional expression and physical health: Revising traumatic memories or fostering self-regulation? *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 588-602.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.
- Gross, J. J. y Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 970-986.
- Gross, J. J. y Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95-103.
- Harris, A. H. S., Thoresen, C. E., Humphreys, K. y Faul, J. (2005). Does writing affect asthma? A randomized trial. *Psychosomatic Medicine*, 67, 130-136.
- Haves, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional

- approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1152-1168.
- Hayes, S., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2ª ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Horowitz, M. J., Wilner, N. y Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine, 41*, 209-218.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York, NY: The Free Press.
- Jourard, S. M. (1971). *Self-disclosure: An experimental analysis of the transparent self*. New York, NY: Krieger.
- Kandel, E. R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *The American Journal of Psychiatry, 156*, 505-524.
- Kearns, M. C., Edwards, K. M., Calhoun, K. S. y Gidycz, C. A. (2010). Disclosure of sexual victimization: The effects of Pennebaker's emotional disclosure paradigm on physical and psychological distress. *Journal of Trauma & Dissociation, 11*, 193-209.
- Kenardy, J. (2006). The role of avoidance coping in the disclosure trauma. *Behaviour Change, 23*, 42-54.
- Kloss, J. D. y Lisman, S. A. (2002). An exposure-based examination of the effects of written emotional disclosure. *British Journal of Health Psychology, 7*, 31-46.



- Laccetti, M. (2007). Expressive writing in women with advanced breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 34, 1019-1024.
- Langens, T. A. y Schüler, J. (2007). Effect of written emotional expression: the role of positive expectancies. *Health Psychology*, 26, 174-182.
- Lepore, S. J. (1997). Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1030-1037.
- Lepore, S. J., Greenberg, M. A., Bruno, M. y Smyth, J. M. (2002). Expressive writing and health: Self-regulation of emotion-related experience, physiology, and behavior. En S. J. Lepore y J. S. Joshua (Eds.), *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being* (pp. 99-117). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lepore, S. J., Ragan, J. D. y Jones, S. (2000). Talking facilitates cognitive-emotional processes of adaptation to an acute stressor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 499-508.
- Lepore, S. J., Wortman, C. B., Silver, R. C. y Wayment, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 271-282.
- Lestideau, O. T. y Lavalley, L. F. (2007). Structure writing about current stressors: The benefits of developing plans. *Psychology and Health*, 22, 659-676.
- Levenson, E. (1974). *Requiem por el psicoanálisis*. Barcelona: Kairós.
- Low, C. A., Stanton, A. L., Bower, J. E. y Gyllenhammer, L. (2010). A randomized controlled trial of emotionally expressive writing for women with metastatic breast cancer. *Health Psychology*, 29, 460-466.

- Low, C. A., Stanton, A. L. y Danoff-Burg, S. (2006). Expressive disclosure and benefit finding among breast cancer patients: Mechanisms for positive health effects. *Health Psychology, 25*, 181-189.
- Lu, Q. y Stanton, A. L. (2010). How benefits of expressive writing vary as function of writing instructions, ethnicity and ambivalence over emotional expression. *Psychology and Health, 25*, 669-684.
- Lumley, M. A., Tojek, T. M. y Macklem, D. J. (2002). Effects of written disclosure among repressive and alexithymic people. En S. J. Lepore y J. M. Smyth (Eds.), *The writing cure: How expressive writing promotes health and well-being* (pp. 75-95). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lyubomirsky, S., Sousa, L. y Dickerhoof, R. (2006). The cost and benefits of writing, talking, and thinking about life's triumphs and defeats. *Journal of Personality and Social Psychology, 90*, 692-708.
- Mankad, A., Gordon, S. y Wallman, K. (2009). Psycho-immunological effects of written emotional disclosure during long-term injury rehabilitation. *Journal of Clinical Sports Psychology, 3*, 205-217.
- Marx, B. P. y Sloan, D. M. (2002). The role of emotion in the psychological functioning of adult survivors of childhood sexual abuse. *Behavior Therapy, 33*, 563-577.
- Meadows, E. A. y Foa, E. B. (1999). Cognitive-behavioral treatment of traumatized adults. En P. A. Saigh y J. D. Bremner (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text* (pp. 376-390). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*, 847-862.

- Mooney, P., Espie, C. A. y Broomfield, N. M. (2009). An experimental assessment of a Pennebaker writing intervention in primary insomnia. *Behavioral Sleep Medicine, 7*, 99-105.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York, NY: Wiley.
- Nandagopal, S. (2008). The use of written expression of emotional paradigm as a tool to reduce stress among Indian international students. *Psychology and Developing Societies, 20*, 165-181.
- O'Connor, M. F., Allen, J. J. B. y Kaszniak, A. W. (2005). Emotional disclosure for whom? A study of vagal tone in bereavement. *Biological Psychology, 68*, 135-146.
- Páez, D., Martínez-Sánchez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I. y Blanco, A. (1999). Validez psicométrica de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20): un estudio transcultural. *Boletín de Psicología, 63*, 55-76.
- Páez, D., Velasco, C. y González, J. L. (1999). Expressive writing and the role of alexythimia as a dispositional deficit in self-disclosure and psychological health. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*, 630-641.
- Panagopoulou, E., Montgomery, A. y Tarlatzis, B. (2009). Experimental emotional disclosure in women undergoing infertility treatment: Are drop outs better off? *Social Science & Medicine, 69*, 678-681.
- Paradisi, A., Abeni, D., Finore, E., Di Pietro, C., Sampogna, F., Mazzanti, C., ... Tabolli, S. (2010). Effect of written emotional disclosure interventions in persons with psoriasis undergoing narrow band ultraviolet B phototherapy. *European Journal of Dermatology, 20*, 599-605.

- Parker, J. D. A., Bagby, R. M., Taylor, G. J., Endler, N. S. y Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7, 221-232.
- Pennebaker, J. W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York, NY: Springer-Verlag.
- Pennebaker, J. W. (1989). Confession, inhibition, and disease. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 22, pp. 221-244). San Diego, CA: Academic Press.
- Pennebaker, J. W. (1993). Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 539-548.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8, 162-166.
- Pennebaker, J. W., Barger, S. D. y Tiebout, J. (1989). Disclosure of traumas and health among holocaust survivors. *Psychosomatic Medicine*, 51, 577-589.
- Pennebaker, J. W. y Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 3, 274-281.
- Pennebaker, J. W., Colder, M. y Sharp, L. K. (1990). Accelerating the coping process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 528-537.
- Pennebaker, J. W. y Francis, M. E. (1996). Cognitive, emotional, and language processes in disclosure. *Cognition and Emotion*, 10, 601-626.
- Pennebaker, J. W. y Graybeal, A. (2001). Patterns of natural language use: Disclosure, personality and social integration. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 90-93.

- Pennebaker, J. W. y Hoover, C. W. (1986). Inhibition and cognition: Toward an understanding of trauma and disease. En R. J. Davison, G. E. Schwartz y D. Shapiro (Eds.), *Consciousness and self-regulation* (Vol. 4, pp. 197-136). New York, NY: Plenum Press.
- Pennebaker, J. W., Hughes, C. F. y O'Heeron, R. C. (1987). The psychophysiology of confession: Linking inhibitory and psychosomatic processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 781-793.
- Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K. y Glaser, J. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 239-245.
- Pennebaker, J. W. y Seagal, J. D. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1243-1254.
- Peñate, W., del Pino-Sedeño, T. y Bethencourt, J. M. (2010). El efecto diferencial de escribir sobre un mismo trauma o sobre diferentes traumas en el bienestar psicológico y el estado de salud autoinformado. *Universitas Psychologica*, 9, 433-445.
- Petrie, K. J., Booth, R. J., Pennebaker, J. W., Davison, P. y Thomas, M. G. (1995). Disclosure of trauma and immune response to a hepatitis B vaccination program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 787-792.
- Quintana, J. M., Padierna, A., Esteban, C., Arostegui, I., Bilbao, A. y Ruiz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 216-221.
- Rachman, S. (1975). *Ensayos críticos al psicoanálisis*. Madrid: Taller Ediciones JB.

- Range, L. M., Kovac, S. H. y Marion, M. S. (2000). Does writing about the bereavement lessen grief following sudden, unintentional death? *Death Studies*, 24, 115-133.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22ª ed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>
- Rimé, B. (1995). Mental rumination, social sharing, and the recovery from emotional exposure. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 271-291). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rivkin, I. D., Gustafson, J., Weingarten, I. y Chin, D. (2006). The effect of expressive writing on adjustment to HIV. *AIDS and Behavior*, 10, 13-26.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Sanz, J. (2001). Un instrumento para evaluar la eficacia de los procedimientos de inducción de estados de ánimo: la “Escala de Valoración del Estado de Ánimo” (EVEA). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 71-110.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. y Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Schoutrop, M. J. A., Lange, A., Hanewald, G., Davidovich, U. y Salomon, H. (2002). Structured writing and processing major stressful events: A controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 151-157.

- Sloan, D. M., Feinstein, B. A. y Marx, B. P. (2009). The durability of beneficial health effects associates with expressive writing. *Anxiety, Stress & Coping*, 22, 509-523.
- Sloan, D. M. y Marx, B. P. (2004a). A closer examination of the structured written disclosure procedure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 165-175.
- Sloan, D. M. y Marx, B. P. (2004b). Taking pen to hand: Evaluating theories underlying the written disclosure paradigm. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 121-137.
- Sloan, D. M., Marx, B. P. y Epstein, E. M. (2005). Further examination of the exposure model underlying the efficacy of written emotional disclosure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 549-554.
- Sloan, D. M., Marx, B. P., Epstein, E. M. y Dobbs, J. L. (2008). Expressive writing buffers against maladaptive rumination. *Emotion*, 8, 302-306.
- Sloan, D. M., Marx, B. P., Epstein, E. M. y Lexington, J. M. (2007). Does altering the writing instructions influence outcome associated with written disclosure? *Behavior Therapy*, 38, 155-168.
- Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression: Effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 174-184.
- Smyth, J. M. y Catley, D. (2002). Translating research into practice: Potential of expressive writing in the field. En S. J. Lepore y J. M. Smyth (Eds.), *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being* (pp. 199-214). Washington, DC: American Psychological Association.

- Smyth, J. M., Hockemeyer, J. y Tulloch, H. (2008). Expressive writing and post-traumatic stress disorder: Effects on trauma symptoms, mood states, and cortisol reactivity. *British Journal of Health Psychology*, *13*, 85-93.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., Zech, E. y van den Bout, J. (2002). Does disclosure of emotion facilitate recovery from bereavement? Evidence from two prospective studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 169-178.
- Wagner, L. J., Hilker, K. A., Hepworth, J. T. y Wallston, K. A. (2010). Cognitive adaptability as a moderator of expressive writing effects in an HIV sample. *AIDS and Behavior*, *14*, 410-420.
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 1063-1070.
- Weiss, D. y Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. En J. P. Wilson y T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York, NY: Guilford Press.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso*. Madrid: Pirámide.
- Yogo, M. y Fujihara, S. (2008). Working memory capacity can be improved by expressive writing: A randomized experiment in a Japanese sample. *British Journal of Health Psychology*, *13*, 77-80.



Zech, E. y Rimé, B. (2005). Is talking about an emotional experience helpful? Effects on emotional recovery and perceived benefits. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 270-287.

Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

## Anexos

### Anexo A. Hoja de consentimiento informado.



Universidad  
de La Laguna

Departamento de Personalidad, Evaluación  
y Tratamientos Psicológicos

#### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente confirmo que:

- Se me ha informado de los objetivos de este estudio y he podido preguntar cualquier duda.
- Mi participación en el estudio es voluntaria y soy libre de abandonarlo en cualquier momento, aunque manifiesto mi intención de colaborar hasta la finalización del mismo.
- Se me ha comunicado que mis datos serán confidenciales y que sólo podrán acceder a ellos los investigadores de este estudio, por lo que podré responder con total sinceridad y tranquilidad a todas las preguntas.
- Autorizo a los investigadores a recoger mi número de teléfono para que contacten conmigo en una fase posterior del estudio.
- Estoy de acuerdo en tomar parte en este estudio.

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Firma:

Nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_

*Anexo B. Instrumentos de medida.*

Test de Orientación Vital Revisado

(*Life Orientation Test-Revised, LOT-R, Scheier, Carver y Bridges, 1994*)

El siguiente conjunto de afirmaciones tiene que ver con diferentes modos de sentirse en la vida. Marque la afirmación que se aproxime en mayor medida a su forma de sentir o que mejor describa su grado de acuerdo, siguiendo la siguiente clave de respuestas.

0 = Muy en desacuerdo

1 = En desacuerdo

2 = Neutral

3 = De acuerdo

4 = Muy de acuerdo

No hay respuestas correctas o incorrectas, todas son válidas.

1. En los momentos de incertidumbre, suelo esperar lo mejor	0	1	2	3	4
2. Para mí es fácil relajarme	0	1	2	3	4
3. Si algo me puede ir mal, me irá	0	1	2	3	4
4. Siempre soy optimista respecto a mi futuro	0	1	2	3	4
5. Disfruto un montón de mis amigos	0	1	2	3	4
6. Es importante para mí mantenerme ocupado	0	1	2	3	4
7. Normalmente pienso que las cosas no van a salir como yo quiero	0	1	2	3	4
8. No suelo preocuparme fácilmente	0	1	2	3	4
9. Rara vez pienso que me van a ocurrir cosas buenas	0	1	2	3	4
10. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas	0	1	2	3	4

Escala de Alexitimia de Toronto

(*Toronto Alexithymia Scale*, TAS-20, Parker, Bagby, Taylor, Endler y Schmitz, 1993)

Señale, con un círculo, el grado en que estas características se ajusten a su modo de ser habitual. En caso de equivocarse tache con una cruz y ponga un círculo en la opción correcta. Conteste lo más sinceramente posible.

Valores:

-3 = Muy en desacuerdo

-2 = En desacuerdo

-1 = Ligeramente en desacuerdo

1 = Ligeramente de acuerdo

2 = De acuerdo

3 = Muy de acuerdo

VARIABLES QUE AFECTAN A LA EFICACIA DE LA REEXPERIMENTACIÓN EMOCIONAL

Características	Valores
1. A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo	-3 -2 -1 +1 +2 +3
2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos	-3 -2 -1 +1 +2 +3
3. Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden	-3 -2 -1 +1 +2 +3
4. Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente	-3 -2 -1 +1 +2 +3
5. Prefiero analizar los problemas mejor que sólo describirlos	-3 -2 -1 +1 +2 +3
6. Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado	-3 -2 -1 +1 +2 +3
7. A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo	-3 -2 -1 +1 +2 +3
8. Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarme por qué suceden de ese modo	-3 -2 -1 +1 +2 +3
9. Tengo sentimientos que casi no puedo identificar	-3 -2 -1 +1 +2 +3
10. Estar en contacto con las emociones es esencial	-3 -2 -1 +1 +2 +3
11. Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas	-3 -2 -1 +1 +2 +3
12. La gente me dice que exprese más mis sentimientos	-3 -2 -1 +1 +2 +3
13. No sé qué pasa dentro de mí	-3 -2 -1 +1 +2 +3
14. A menudo no sé por qué estoy enfadado	-3 -2 -1 +1 +2 +3
15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos	-3 -2 -1 +1 +2 +3
16. Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que dramas psicológicos	-3 -2 -1 +1 +2 +3
17. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos	-3 -2 -1 +1 +2 +3
18. Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio	-3 -2 -1 +1 +2 +3
19. Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales	-3 -2 -1 +1 +2 +3
20. Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos	-3 -2 -1 +1 +2 +3

Escala diagnóstica de Estrés Postraumático

*(The Posttraumatic Diagnostic Scale, PDS, Foa, 1995)*

A continuación, hay una lista de los problemas que de vez en cuando tienen las personas después de experimentar un acontecimiento traumático. Lee cuidadosamente cada una de ellas y rellena el número (0-3) que mejor describe la frecuencia en que ese problema te ha molestado en las últimas 2 semanas. Estima cada problema respecto al acontecimiento traumático que le ha traído al tratamiento.

0 =No, en absoluto, o solo una vez

1 =Una vez por semana o menos / de vez en cuando

2 = de 2 a 4 veces por semana/la mitad del tiempo

3 =5 ó más veces por semana/siempre

Ítems	0	1	2	3
1. Tener pensamientos o imágenes molestas sobre el acontecimiento traumático que vuelven a tu cabeza cuando no quieres.				
2. Tener malos sueños o pesadillas sobre el acontecimiento traumático.				
2a. Tener estos malos sueños centrados en ser asesinado.				
3. Revivir el acontecimiento traumático, comportamientos o sentimientos como si estuvieran ocurriendo otra vez.				
3a. Revivir el acontecimiento como si me desplazase en un movimiento de rebobinado (si retrocediese hasta el hecho)				
4. EMOCIONAMENTE sensación de malestar cuando se recuerda el acontecimiento traumático (por ejemplo, sensación de pánico, enfado, tristeza, culpabilidad, etc.)				
5. Experimentar reacciones FÍSICAS (por ejemplo; empezar a sudar, latir el corazón rápido) cuando se recuerda el acontecimiento traumático.				
6. Intentar no pensar, hablar o tener sentimientos sobre el acontecimiento traumático.				
6a. Y cuando hago mucho esfuerzo para no pensar sobre el acontecimiento traumático me siento mareado.				
7. Intentar evitar las actividades, personas o lugares que te recuerdan el acontecimiento.				
8. No ser capaz de recordar una parte importante del acontecimiento traumático.				
9. Tener mucho menos interés o participar mucho menos en actividades importantes.				

9a. Tener mucho MÁS interés en actividades sin importancia.				
10. Sentirse lejanos o aislado de las personas que te rodean.				
11. Sentir embotamiento emocional (por ejemplo, ser incapaz de llorar o de tener sentimientos de cariño).				
11a. Sentirse emocionalmente transparente (sentir como la gente es incapaz de verme, por ejemplo).				
12. Sentir como si tus planes de futuro o esperanzas no llegaran a ser realidad (por ejemplo, no tendrás una carrera, matrimonio, niños, o una vida larga).				
13. Tener problemas para dormirse o permanecer dormido.				
14. Sentirse irritado o tener estallidos de ira.				
15. Tener problemas de concentración (por ejemplo, perderse dentro y fuera de las conversaciones, perder la pista de una historia de televisión, olvidarse de lo que lee).				
16. Estar demasiado alerta (por ejemplo, observar quién está alrededor tuyo, estar incómodo al dar la espalda a la puerta, etc.).				
16a. Ser demasiado consciente de las sensaciones o cambios de mi cuerpo.				
17. Estar nerviosos o ser fácilmente asustado (por ejemplo, cuando alguien camina detrás de ti).				
17a. Ser especialmente consciente de olores, especialmente de olores corporales.				



Escala de Afecto Positivo y Negativo

(*Positive and Negative Affect Schedule, PANAS*; Watson, Clark y Tellegen, 1988).

A continuación encontrarás una serie de palabras que describen diferentes tipos de sentimientos y estados de ánimo. Señala en qué medida cada palabra es aplicable a cómo te sientes ahora mismo, marcando con un aspa (X) según las siguientes posibilidades de respuestas:

0 = Nada aplicable a cómo me siento ahora;

1 = Algo aplicable a cómo me siento ahora;

2 = Bastante aplicable; o

3 = Totalmente aplicable.

No emplees demasiado tiempo en cada palabra y para cada una de ellas elige sólo una respuesta

	0	1	2	3		0	1	2	3
1. INTERESADO					1. IRRITABLE				
2. ENTUSIASMADO					2. MOLESTO				
3. FUERTE					3. DISGUSTADO				
4. ORGULLOSO					4. TEMEROSO				
5. INSPIRADO					5. AVERGONZADO				
6. ESTIMULADO					6. NERVIOSO				
7. DECIDIDO					7. MIEDOSO				
8. ATENTO					8. ASUSTADO				
9. ALERTA					9. CULPABLE				
10. ACTIVO					10. HOSTIL				

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

(*Hospital and Anxiety and Depression Scale, HADS, Zigmond y Snaith, 1983*)

Por favor, elija para cada una de las preguntas una opción marcando con un aspa (x) una de las casillas de la izquierda.

1. Me siento tenso	
<input type="checkbox"/>	La mayor parte del tiempo
<input type="checkbox"/>	Mucho tiempo
<input type="checkbox"/>	De vez en cuando
<input type="checkbox"/>	Jamás
2. Aún disfruto las cosas que disfrutaba en el pasado	
<input type="checkbox"/>	Muchísimo
<input type="checkbox"/>	No demasiado
<input type="checkbox"/>	Muy poco
<input type="checkbox"/>	Para nada
3. Estoy como asustado/a. Como si algo malo estuviera por suceder	
<input type="checkbox"/>	Es claramente así, y es horrible
<input type="checkbox"/>	Sucede, pero no es tan tremendo
<input type="checkbox"/>	Apenas, pero no me preocupa
<input type="checkbox"/>	En absoluto
4. Me puedo reír, y ver el lado divertido de las cosas	
<input type="checkbox"/>	Tanto como siempre
<input type="checkbox"/>	No tanto ahora
<input type="checkbox"/>	Claramente, poco ahora
<input type="checkbox"/>	En absoluto
5. La preocupación ocupa mi mente	
<input type="checkbox"/>	Casi todo el tiempo
<input type="checkbox"/>	Mucho tiempo
<input type="checkbox"/>	De vez en cuando
<input type="checkbox"/>	Rara vez
6. Me siento contento	
<input type="checkbox"/>	Jamás
<input type="checkbox"/>	Casi nunca
<input type="checkbox"/>	A veces
<input type="checkbox"/>	La mayor parte del tiempo
7. Me puedo sentar tranquilamente y relajarme	
<input type="checkbox"/>	Perfectamente
<input type="checkbox"/>	Habitualmente
<input type="checkbox"/>	No es muy común que pueda hacerlo
<input type="checkbox"/>	Nunca
8. Me siento sin fuerzas	
<input type="checkbox"/>	Casi todo el tiempo
<input type="checkbox"/>	Muy frecuentemente
<input type="checkbox"/>	A veces
<input type="checkbox"/>	Nunca

9. Tengo un sentimiento de temor, como de mariposas en el estómago	
	Jamás
	A veces
	Bastante seguido
	Muy seguido
10. He perdido interés en mi aspecto	
	Muy claramente
	No me arreglo tanto como debería
	Puede ser que me este ocupando menos de eso
	Me ocupo tanto como siempre lo he hecho
11. Creo que me falta descanso, como si siempre tuviera que estar ocupándome de algo	
	Mucho en verdad
	Bastante
	No demasiado
	No, para nada
12. Veo el futuro con entusiasmo	
	Tanto como lo hice siempre
	Bastante menos que lo que era habitual en mi
	Mucho menos que en otros momentos de mi vida
	Para nada
13. A veces me siento repentinamente aterrorizado	
	Esto me sucede muy frecuentemente
	Bastante seguido
	No muy seguido
	Nunca
14. Puedo disfrutar de un libro, de escuchar música o algún programa de TV	
	A menudo
	A veces
	No muy seguido
	Casi nunca

La Escala de Valoración del Estado de Ánimo  
(EVEA, Sanz, 2001)

A continuación encontrarás una serie de frases que describen diferentes tipos de sentimientos y estados de ánimo, y al lado una escala de 10 puntos. Lee cada frase y marca con un aspa (X) el valor de 0 (cero) a 10 que indique mejor cómo te sientes ahora mismo, en este momento, donde 0 = nada y 10 = mucho.

No emplees demasiado tiempo en cada frase y para cada una de ellas elige sólo una respuesta

	Nada										Mucho
1. Me siento nervioso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Me siento irritado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Me siento alegre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Me siento melancólico	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Me siento tenso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Me siento optimista	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Me siento alicaído	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Me siento enojado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Me siento ansioso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Me siento apagado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Me siento molesto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Me siento jovial	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Me siento intranquilo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Me siento enfadado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Me siento contento	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Me siento triste	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Escala Revisada de Impacto del Estresor

*(Impact of Event Scale, Revised, IES-R, Weiss y Marmar, 1997).*

A continuación, se presenta una lista de comentarios que las personas suelen hacer después de vivir un hecho estresante o altamente molesto. Utilizando la siguiente escala, por favor indica con una X con qué frecuencia estos comentarios te ocurrieron durante los últimos 7 días.

VARIABLES QUE AFECTAN A LA EFICACIA DE LA REEXPERIMENTACIÓN EMOCIONAL

	No a todo	Raramente	A veces	A menudo
Cualquier recuerdo me hacía volver a sentir lo que sentí antes				
Tenía problemas para permanecer dormido				
Otras cosas me hacían pensar en el suceso				
Procuraba no alterarme cuando pensaba o recordaba lo sucedido				
Pensaba en ello aún cuando no quería				
Sentía como si no hubiese sucedido o no fuese real				
Me mantenía lejos de cualquier cosa que me recordara lo sucedido				
Imágenes del suceso asaltaban mi mente				
Intentaba no pensar en el suceso				
Me daba cuenta de que quedaban muchos sentimientos sin resolver pero no me enfrentaba a ellos				
Mis sentimientos sobre el suceso estaban como adormecidos				
Me invadían oleadas de fuertes sentimientos sobre lo sucedido.				
Intentaba apartarlo de mi memoria				
Soñaba con lo sucedido				
Intentaba no hablar de ello				

Escala de síntomas físicos

(ESF, Peñate, del Pino-Sedeño y Bethencourt, 2010)

A continuación indica la frecuencia con la que te has sentido alguna molestia física durante aproximadamente el último mes, de acuerdo con las siguientes alternativas de respuesta:

0 = no ha ocurrido

1 = ha ocurrido de manera leve

2 = ha ocurrido de manera moderada

3 = ha ocurrido de manera grave

Síntomas/molestias	0	1	2	3
Problemas de estomago (náuseas, vómitos, diarreas...)				
Problemas de las vías respiratorias (tos, catarro...)				
Infecciones en la cavidad bucal				
Molestias en el aparato genital				
Infecciones en la garganta				
Infecciones cutáneas				
Alguna otra enfermedad vírica o bacteriana				

Ha visitado a algún centro de salud o algún profesional de la medicina<sup>1</sup> en el último mes:

NO [ ] SI [ ], ¿cuántas veces?.....

<sup>1</sup> No contabilizar las visitas por sufrir algún problema crónico o las que estaban programadas para llevar a cabo algún tipo de control o revisión.

*Anexo C. Instrucciones.*

Los participantes de 30 minutos mismo trauma recibieron las siguientes instrucciones:

“Los seres humanos estamos expuesto a una serie de hechos que no podemos controlar y que nos suponen cierto daño psicológico (accidentes de tráfico, desastres naturales, muertes de seres queridos, observar la muerte o el suicidio de alguien, ser asaltado, sufrir abusos sexuales, ser violado...) ahora trata de recordar un hecho que te haya ocurrido o que hubieras presenciado y que te haya resultado altamente molesto, muy estresante o traumático. Preferiblemente céntrate en el que te haya parecido más traumático.

Concéntrate en todos los detalles (sonidos, olores, personas, lugares, colores...), cierra los ojos si ello te ayuda a concentrarte. Haz pasar esa historia por tu mente y, a continuación, descríbela durante 30 minutos, escribiendo todos los detalles que recuerdes, acompañados de tus sensaciones y tus emociones. Escribe desde lo que sucedió antes del hecho hasta después de pasado el mismo. No te preocupes por la ortografía, la sintaxis o la gramática, solo es interesante que describas tus pensamiento y emociones más profundas asociadas a esos hechos en el orden que ocurrieron”.

El segundo día el grupo experimental de 30 minutos mismo trauma recibieron las siguientes instrucciones:

“Vuelve a concentrarte en la situación traumática, estresante o altamente molesta anterior.

De nuevo, concéntrate en todos los detalles (sonidos, olores, personas, lugares, colores...) y, a continuación, descríbela durante 30 minutos, escribiendo todos los detalles que recuerdes, acompañados de tus sensaciones y tus emociones. Escribe desde lo que sucedió antes del hecho hasta después de pasado el mismo. No te preocupes por



la ortografía, la sintaxis o la gramática. Recuerda que lo importante es que describas tus pensamientos y emociones más profundas asociadas a esos hechos en el orden que ocurrieron”.

El tercer día, el grupo experimental de 30 minutos mismo trauma recibieron las siguientes instrucciones:

“Por última vez, vuelve a concentrarte en la situación traumática, estresante o altamente molesta anterior.

De nuevo, concéntrate en todos los detalles (sonidos, olores, personas, lugares, colores...) y, a continuación, descríbela durante 30 minutos, escribiendo todos los detalles que recuerdes, acompañados de tus sensaciones y tus emociones. Escribe desde lo que sucedió antes del hecho hasta después de pasado el mismo. No te preocupes por la ortografía, la sintaxis o la gramática. Recuerda que lo importante es que describas tus pensamientos y emociones más profundas asociadas a esos hechos en el orden que ocurrieron”.

Los participantes de 30 minutos distinto trauma recibieron las siguientes instrucciones:

“Los seres humanos estamos expuesto a una serie de hechos que no podemos controlar y que nos suponen cierto daño psicológico (accidentes de tráfico, desastres naturales, muertes de seres queridos, observar la muerte o el suicidio de alguien, ser asaltado, sufrir abusos sexuales, ser violado...) ahora trata de recordar un hecho que te haya ocurrido o que hubieras presenciado y que te haya resultado altamente molesto, muy estresante o traumático. Preferiblemente céntrate en el que te haya parecido más traumático.

Concéntrate en todos los detalles (sonidos, olores, personas, lugares, colores...), cierra los ojos si ello te ayuda a concentrarte. Haz pasar esa historia por tu mente y, a continuación, descríbela durante 30 minutos, escribiendo todos los detalles que recuerdes, acompañados de tus sensaciones y tus emociones. Escribe desde lo que sucedió antes del hecho hasta después de pasado el mismo. No te preocupes por la ortografía, la sintaxis o la gramática, solo es interesante que describas tus pensamiento y emociones más profundas asociadas a esos hechos en el orden que ocurrieron”.

El segundo día el grupo experimental de 30 minutos distinto trauma recibieron las siguientes instrucciones:

“Elige una nueva situación que te haya ocurrido o que hubieras presenciado y que te haya resultado altamente molesta, muy estresante o traumática.

De nuevo, concéntrate en todos los detalles (sonidos, olores, personas, lugares, colores...) y, a continuación, descríbela durante 30 minutos, escribiendo todos los detalles que recuerdes, acompañados de tus sensaciones y tus emociones. Escribe desde lo que sucedió antes del hecho hasta después de pasado el mismo. No te preocupes por la ortografía, la sintaxis o la gramática. Recuerda que lo importante es que describas tus

pensamientos y emociones más profundas asociadas a esos hechos en el orden que ocurrieron”.

El tercer día, el grupo experimental de 30 minutos distinto trauma recibieron las siguientes instrucciones:

“Por última vez, vuelve a concentrarte en una nueva situación que te haya ocurrido o que hubieras presenciado y que te haya resultado altamente molesta, muy estresante o traumática.

De nuevo, concéntrate en todos los detalles (sonidos, olores, personas, lugares, colores...) y, a continuación, descríbela durante 30 minutos, escribiendo todos los detalles que recuerdes, acompañados de tus sensaciones y tus emociones. Escribe desde lo que sucedió antes del hecho hasta después de pasado el mismo. No te preocupes por la ortografía, la sintaxis o la gramática. Recuerda que lo importante es que describas tus pensamientos y emociones más profundas asociadas a esos hechos en el orden que ocurrieron”.

Los participantes de 15 minutos mismo trauma recibieron las siguientes instrucciones:

“Los seres humanos estamos expuesto a una serie de hechos que no podemos controlar y que nos suponen cierto daño psicológico (accidentes de tráfico, desastres naturales, muertes de seres queridos, observar la muerte o el suicidio de alguien, ser asaltado, sufrir abusos sexuales, ser violado...) ahora trata de recordar un hecho que te haya ocurrido o que hubieras presenciado y que te haya resultado altamente molesto, muy estresante o traumático. Preferiblemente céntrate en el que te haya parecido más traumático.

Concéntrate en todos los detalles (sonidos, olores, personas, lugares, colores...), cierra los ojos si ello te ayuda a concentrarte. Haz pasar esa historia por tu mente y, a continuación, descríbela durante 15 minutos, escribiendo todos los detalles que recuerdes, acompañados de tus sensaciones y tus emociones. Escribe desde lo que sucedió antes del hecho hasta después de pasado el mismo. No te preocupes por la ortografía, la sintaxis o la gramática, solo es interesante que describas tus pensamiento y emociones más profundas asociadas a esos hechos en el orden que ocurrieron”.

El segundo día el grupo experimental de 15 minutos mismo trauma recibieron las siguientes instrucciones:

“Vuelve a concentrarte en la situación traumática, estresante o altamente molesta anterior.

De nuevo, concéntrate en todos los detalles (sonidos, olores, personas, lugares, colores...) y, a continuación, descríbela durante 15 minutos, escribiendo todos los detalles que recuerdes, acompañados de tus sensaciones y tus emociones. Escribe desde lo que sucedió antes del hecho hasta después de pasado el mismo. No te preocupes por la ortografía, la sintaxis o la gramática. Recuerda que lo importante es que describas tus

pensamientos y emociones más profundas asociadas a esos hechos en el orden que ocurrieron”.

El tercer día, el grupo experimental de 15 minutos mismo trauma recibieron las siguientes instrucciones:

“Por última vez, vuelve a concentrarte en la situación traumática, estresante o altamente molesta anterior.

De nuevo, concéntrate en todos los detalles (sonidos, olores, personas, lugares, colores...) y, a continuación, descríbela durante 15 minutos, escribiendo todos los detalles que recuerdes, acompañados de tus sensaciones y tus emociones. Escribe desde lo que sucedió antes del hecho hasta después de pasado el mismo. No te preocupes por la ortografía, la sintaxis o la gramática. Recuerda que lo importante es que describas tus pensamientos y emociones más profundas asociadas a esos hechos en el orden que ocurrieron”.

Los participantes de 15 minutos distinto trauma recibieron las siguientes instrucciones:

“Los seres humanos estamos expuesto a una serie de hechos que no podemos controlar y que nos suponen cierto daño psicológico (accidentes de tráfico, desastres naturales, muertes de seres queridos, observar la muerte o el suicidio de alguien, ser asaltado, sufrir abusos sexuales, ser violado...) ahora trata de recordar un hecho que te haya ocurrido o que hubieras presenciado y que te haya resultado altamente molesto, muy estresante o traumático. Preferiblemente céntrate en el que te haya parecido más traumático.

Concéntrate en todos los detalles (sonidos, olores, personas, lugares, colores...), cierra los ojos si ello te ayuda a concentrarte. Haz pasar esa historia por tu mente y, a continuación, descríbela durante 15 minutos, escribiendo todos los detalles que recuerdes, acompañados de tus sensaciones y tus emociones. Escribe desde lo que sucedió antes del hecho hasta después de pasado el mismo. No te preocupes por la ortografía, la sintaxis o la gramática, solo es interesante que describas tus pensamiento y emociones más profundas asociadas a esos hechos en el orden que ocurrieron”.

El segundo día el grupo experimental de 15 minutos distinto trauma recibieron las siguientes instrucciones:

“Elige una nueva situación que te haya ocurrido o que hubieras presenciado y que te haya resultado altamente molesta, muy estresante o traumática.

De nuevo, concéntrate en todos los detalles (sonidos, olores, personas, lugares, colores...) y, a continuación, descríbela durante 15 minutos, escribiendo todos los detalles que recuerdes, acompañados de tus sensaciones y tus emociones. Escribe desde lo que sucedió antes del hecho hasta después de pasado el mismo. No te preocupes por la ortografía, la sintaxis o la gramática. Recuerda que lo importante es que describas tus

pensamientos y emociones más profundas asociadas a esos hechos en el orden que ocurrieron”.

El tercer día, el grupo experimental de 15 minutos distinto trauma recibieron las siguientes instrucciones:

“Por última vez, vuelve a concentrarte en una nueva situación que te haya ocurrido o que hubieras presenciado y que te haya resultado altamente molesta, muy estresante o traumática.

De nuevo, concéntrate en todos los detalles (sonidos, olores, personas, lugares, colores...) y, a continuación, descríbela durante 15 minutos, escribiendo todos los detalles que recuerdes, acompañados de tus sensaciones y tus emociones. Escribe desde lo que sucedió antes del hecho hasta después de pasado el mismo. No te preocupes por la ortografía, la sintaxis o la gramática. Recuerda que lo importante es que describas tus pensamientos y emociones más profundas asociadas a esos hechos en el orden que ocurrieron”.

Los participantes de la condición de trauma imaginario recibieron las instrucciones siguientes:

“Los seres humanos estamos expuesto a una serie de hechos que no podemos controlar y que nos suponen cierto daño psicológico (accidentes de tráfico, desastres naturales, muertes de seres queridos, observar la muerte o el suicidio de alguien, ser asaltado, sufrir abusos sexuales, ser violado...).

El objetivo de este ejercicio es que recrees mentalmente un evento traumático imaginario y, especialmente, las emociones asociadas a este evento. Ahora, cierra los ojos y trata de imaginarte experimentando el evento realmente. Deja que tu imaginación te lleve lejos de esta sala, a la situación traumática. Experimenta esta situación imaginaria de forma tan vívida y completa como te sea posible.

Visualiza todos los detalles del entorno, las vistas, sonidos y olores. Entra en la fantasía tanto como te sea posible. Ahora, profundiza dentro de ti y experimentalo tan intensamente como te sea posible, con la totalidad de los sentimientos asociados al evento. Durante 30 minutos, explora la totalidad de los sentimientos asociados con esta experiencia traumática para escribirla en el papel que tienes delante. Describe de forma tan vívida y completa como te sea posible todos los pensamientos y sentimientos que tienes cuando imaginas esta experiencia. Mientras escribes, profundiza en tus sentimientos más y más. No escribas sobre tus emociones en general, sino sobre cómo respondes emocionalmente a este evento en particular.”

El segundo día, los participantes de la condición de trauma imaginario recibieron las instrucciones siguientes:

“Vuelve a concentrarte en el evento traumático anterior. Visualiza todos los detalles del entorno, las vistas, sonidos y olores. Entra en la fantasía tanto como te sea posible. Ahora, profundiza dentro de ti y experimentalo tan intensamente como te sea



posible, con la totalidad de los sentimientos asociados al evento. Durante 30 minutos, explora la totalidad de los sentimientos asociados con esta experiencia traumática para escribirla en el papel que tienes delante. Describe de forma tan vívida y completa como te sea posible todos los pensamientos y sentimientos que tienes cuando imaginas esta experiencia. Mientras escribes, profundiza en tus sentimientos más y más. No escribas sobre tus emociones en general, sino sobre cómo respondes emocionalmente a este evento en particular.”

El tercer día, los participantes de la condición de trauma imaginario recibieron las instrucciones siguientes:

Por última vez, vuelve a concentrarte en el evento traumático anterior. Visualiza todos los detalles del entorno, las vistas, sonidos y olores. Entra en la fantasía tanto como te sea posible. Ahora, profundiza dentro de ti y experimentalo tan intensamente como te sea posible, con la totalidad de los sentimientos asociados al evento. Durante 30 minutos, explora la totalidad de los sentimientos asociados con esta experiencia traumática para escribirla en el papel que tienes delante. Describe de forma tan vívida y completa como te sea posible todos los pensamientos y sentimientos que tienes cuando imaginas esta experiencia. Mientras escribes, profundiza en tus sentimientos más y más. No escribas sobre tus emociones en general, sino sobre cómo respondes emocionalmente a este evento en particular.”

Los participantes del grupo control narraron situaciones triviales como la siguiente:

“Durante 30 minutos, trata de recordar cronológicamente todo lo que has hecho hoy, desde que te levantaste hasta que llegaste aquí.

Concéntrate y haz pasar el desarrollo de este día por tu mente y, a continuación, escribe todo los detalles que recuerdes, acompañados de tus sensaciones y tus emociones. No te preocupes por la ortografía, la sintaxis o la gramática”.

El segundo día, los participantes del grupo control recibieron la siguiente instrucción:

“Durante 30 minutos, trata de recordar tu habitación, cómo están ubicados cada uno de los objetos que tienes, cómo son, etc.; y a continuación descríbelos, añadiendo todos los detalles que recuerdes, acompañados de tus sensaciones y tus emociones”.

El tercer día, los participantes del grupo control recibieron la siguiente instrucción:

Un último ejercicio consiste en recordar tu facultad durante 30 minutos, como están ubicadas y cómo son las aulas, estancias y el entorno; y a continuación descríbelos, añadiendo todos los detalles que recuerdas, acompañados de tus sensaciones y emociones”.