Terapia de Exposición Prolongada para TETP: Procesamiento emocional de experiencias traumáticas

Fecha de Revisión: Diciembre de 2007

La Terapia de Exposición Prolongada (EP) para Trastornos de Estrés Postraumático es un programa de tratamiento cognitivo-conductual para hombres y mujeres adultos (edades entre 18 y 65+) que han experimentado ya sea un solo trauma, múltiples traumas, o traumas continuos y sufren de trastorno de estrés postraumático (TEPT). El programa consiste de un curso de terapia individual diseñado para ayudar a los clientes a procesar eventos traumáticos y reducir sus síntomas de TEPT, así como también los síntomas de depresión, ira y ansiedad en general. La EP tiene tres componentes: (1) psico-educación sobre reacciones comunes al trauma y la causa de las dificultades postraumáticas crónicas, (2) exposición imaginaria (conocido también como evocación del recuerdo traumático en la imaginación), narración repetida del recuerdo traumático y (3) exposición en vivo, acercándose gradualmente a los recordatorios del trauma (como situaciones, objetos) que son temidos y evitados a pesar de estar a salvo. El tratamiento es individualizado y es liderado por trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras y otros terapeutas capacitados para usar el manual de EP, el cual especifica la agenda y los procedimientos de tratamiento para cada sesión. El tratamiento estándar consiste de 8 a 15 sesiones de 90 minutos cada una realizadas una o dos veces a la semana. La duración del tratamiento se puede acortar o extender dependiendo de las necesidades del cliente y de su ritmo de progreso.

Información Descriptiva

Áreas de interés	Tratamiento para el trastorno mental
Desenlaces	1: Gravedad de los síntomas de TEPT 2: Síntomas de depresión 3: Ajuste social 4: Síntomas de ansiedad 5: Estado diagnóstico de TEPT
Categorías de desenlaces	Salud mental Funcionamiento social Traumatismo
Edades	18-25 (Adultos jóvenes) 26-55 (Adultos) 55+ (Adultos mayores)
Género	Masculino Femenino
Razas/Orígenes étnicos	Afro americano Blanco Raza/Origen étnico no especificado Grupo no-Estadounidense
Entorno	Ambulatorio Otros entornos comunitarios
Zonas geográficas	Urbanas Sub urbanas
Historia de la implementación	El primer estudio de EP comenzó en 1984. Desde entonces, el programa ha sido evaluado en numerosos estudios de desenlaces por todo los Estados Unidos y en Australia, Israel y Japón. Varios cientos de clientes han participado en la intervención, incluyendo sobrevivientes de asaltos tanto sexuales como no sexuales. Se han realizado talleres de EP para terapeutas por todo de los Estados Unidos, Israel, Japón, Corea y en muchos países europeos.
Financiamiento del NIH/ Estudios de investigación comparativa de efectividad	Parcial o totalmente financiado por los Institutos Nacionales de Salud: Sí Evaluado en estudios de investigación comparativa de efectividad: Sí
Adaptaciones	El manual de la intervención se ha traducido al hebreo, japonés y español.
Efectos adversos	Efectos adversos relacionados con el tratamiento incluyen aumentos de leves a moderados en los síntomas de TEPT, angustia, ansiedad, depresión, y otras emociones negativas mientras el cliente procesa emocionalmente las experiencias traumáticas. Sin embargo, la experiencia clínica y las investigaciones han mostrado que estos aumentos en la angustia son frecuentemente temporales o transitorios y no están asociados con desenlaces

	menos exitosos del tratamiento. Por ejemplo, en un estudio realizado por Foa, Zoellner, Feeny, Hembree, y Alvarez-Conrad en 2002 (*"Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms?"* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70, 1022-1028), solo una minoría de los participantes exhibió síntomas clínicamente confiables de exacerbación. Además, estos individuos se beneficiaron comparativamente del tratamiento, y la exacerbación de los síntomas no se relacionó con el abandono prematuro.
Categorías de prevención del Instituto de Medicina (IOM)	Las categorías de prevención del Instituto de Medicina no aplican.

Desenlaces

Desenlace 1: Gravedad de los síntomas de TEPT	
Descripción de medidas	La gravedad de los síntomas de TEPT se midió usando tres instrumentos: • La Escala de Síntomas de TEPT—Entrevista (PSTD Symptom Scale—Interview, "PSS-I"), que es una entrevista de 17 preguntas que mide la gravedad de cada uno de los síntomas de TEPT incluidos en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, por sus siglas en inglés) durante las últimas 2 semanas y establece el estado diagnostico del TEPT. Cada síntoma es calificado en una escala de 4 puntos que va de 0 (para nada) a 3 (mucho; 5 o más veces por semana). Las calificaciones de las sub escalas se calculan sumando las preguntas en cada una de las agrupaciones de síntomas de TEPT: re-experimentación, evitación, y excitación. • La Escala de Síntomas de TEPT—Auto Administrada (PTSD Symptom Scale—Self-Report, "PSS-SR") es una versión auto-administrada de las PSS-I. Los síntomas son calificados de acuerdo a su frecuencia y gravedad en la semana pasada. • La Escala de TEPT Administrada por el Terapeuta (Clinician Administered PTSD Scale, "CAPS") es un instrumento diagnóstico administrado por el entrevistador que mide el TEPT. Un terapeuta califica la frecuencia e intensidad de cada síntoma en una escala que va de 0 a 4. Para que un síntoma se considere clínicamente significativo, debe tener una calificación de por lo menos 1 en frecuencia y por lo menos 2 en intensidad.
Hallazgos clave	En un estudio que comparó a cuatro condiciones de tratamiento — EP, entrenamiento en inoculación contra el estrés (stress inoculation training o "SIT," por sus siglas en inglés), EP más SIT, y una condición de control en lista de espera. Comparadas con la condición en lista de espera, todas las tres condiciones de tratamiento activo redujeron significativamente la gravedad de los síntomas de TEPT ($p < .05$). Los tamaños de efecto fueron grandes para las tres condiciones de tratamiento, siendo el tamaño de efecto del programa EP el más grande (d de Cohen = 1.46 para EP, 0.85 para SIT, y 0.82 para EP más SIT). Otro estudio comparó tres condiciones: EP, terapia de procesamiento cognitivo (cognitive processing therapy o "CPT," por sus siglas en inglés), y una condición de atención mínima. Comparados con los participantes que recibieron la atención mínima, los participantes en los grupos que recibieron EP y CPT mostraron una disminución significativa en la gravedad de los síntomas de TEPT ($p < .001$). Los grupos que recibieron EP y CPT no difirieron significativamente entre sí en lo que respecta a la gravedad de los síntomas de TEPT. Un tercer estudio comparó tres condiciones: EP, EP más restructuración cognitiva (cognitive restructuring o "CR," por sus siglas en inglés), y una condición de control en lista de espera. Comparados con los participantes en el grupo en lista de espera, los participantes en los grupos de EP y de EP más CR mostraron una disminución significativa en la gravedad de los síntomas de TEPT ($P < .001$). Los grupos que recibieron EP y EP más CR no difirieron significativamente entre sí en lo que respecta a la gravedad de los síntomas de TEPT.
Estudios que demuestran el desenlace	Estudio 1, Estudio 2, Estudio 3
Diseño de los estudios	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.7 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 2: Síntomas de depresión	
Descripción de medidas	Los síntomas de depresión se midieron usando dos instrumentos: • El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory) es un instrumento auto administrado de 21 preguntas usado para evaluar los síntomas de depresión, cada una calificada en

	una escala de 0 (por ej., No me siento triste) a 3 (por ej., Estoy tan triste que no lo puedo aguantar). • La Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders o "SCID-I," por sus siglas en inglés) es un instrumento diagnóstico usado para evaluar un diagnóstico actual y en el transcurso de la vida, de depresión, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias, y otros trastornos del Eje I del DSM-IV.
Hallazgos clave	En un estudio que comparó a cuatro condiciones de tratamiento — EP, SIT, EP más SIT, y una condición de control en lista de espera. Comparadas con la condición en lista de espera, todas las tres condiciones de tratamiento activo redujeron significativamente los síntomas de depresión ($p < .001$). Los tamaños de efecto fueron, grande para EP (d de Cohen = 1.42) y medianos para SIT (d de Cohen = 0.73) y para PE más SIT (d de Cohen = 0.57). Otro estudio comparó tres condiciones: EP, CPT, y una condición de atención mínima. Comparados con los participantes que recibieron la atención mínima, los participantes en los grupos que recibieron EP y CPT mostraron una disminución significativa en los síntomas de depresión ($p < .001$). Los grupos que recibieron EP y CPT no difirieron significativamente entre sí en lo que respecta a los síntomas de depresión. Un tercer estudio comparó tres condiciones: EP, EP más CR, y una condición de control en lista de espera. Comparados con los participantes en el grupo en lista de espera, los participantes en los grupos de EP y de EP más CR mostraron una disminución significativa en los síntomas de depresión ($P < .05$). Los grupos que recibieron EP y EP más CR no difirieron significativamente entre sí en lo que respecta a los síntomas de depresión.
Estudios que demuestran el desenlace	Estudio 1, Estudio 2, Estudio 3
Diseño de los estudios	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.7 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 3: Ajuste social	
Descripción de medidas	El ajuste social se midió usando la Escala de Ajuste Social (Social Adjustment Scale o "SAS," por sus siglas en inglés), une entrevista semi-estructurada que evalúa el funcionamiento de un individuo en ocho áreas. El estudio usó las escalas Social y del Trabajo de la SAS, las cuales fueron calificadas en una escala de 7 puntos, donde las calificaciones más altas indicaron una inadaptación más grave.
Hallazgos clave	En un estudio que comparó a cuatro condiciones de tratamiento — EP, SIT, EP más SIT, y una condición de control en lista de espera, comparados con los participantes en SIT, EP más SIT, y en la condición en lista de espera, los participantes en EP tuvieron una mejoría significativa en el ajuste social ($p < .05$). Cuando se comparó a la condición en lista de espera con SIT y con EP más SIT, no se detectó ninguna diferencia. Otro estudio comparó tres condiciones: EP, EP más CR, y una condición de control en lista de espera. Comparados con los participantes en el grupo en lista de espera, los participantes en los grupos de EP y de EP más CR mostraron una mejoría significativa en el ajuste social ($P < .01$). Los grupos que recibieron EP y EP más CR no difirieron significativamente entre sí en lo que respecta al ajuste social.
Estudios que demuestran el desenlace	Estudio 1, Estudio 3
Diseño de los estudios	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.3 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 4: Síntomas de ansiedad	
Descripción de medidas	Los síntomas de ansiedad se midieron usando la sub escala estatal del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (State-Trait Anxiety Inventory o "STAI," por sus siglas en inglés). El STAI es un cuestionario de 40 preguntas que evalúa la ansiedad en el momento inmediato (estado de ansiedad) y la tendencia perdurable a experimentar ansiedad (rasgo de ansiedad).

Hallazgos clave	En un estudio que comparó a cuatro condiciones de tratamiento — EP, SIT, EP más SIT, y una condición de control en lista de espera, comparadas con la condición en lista de espera, todas las tres condiciones de tratamiento activo redujeron significativamente los síntomas de ansiedad ($p < .05$). Los tamaños de efecto fueron, grande para EP (d de Cohen = 1.32) y pequeños para SIT (d de Cohen = 0.37) y para PE más SIT (d de Cohen = 0.45).
Estudio que demuestra el desenlace	Estudio 1
Diseño del estudio	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.7 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 5: Estado diagnóstico de TEPT	
Descripción de medidas	El estado diagnóstico de TEPT se evaluó usando el Formulario 2 de la Escala de TEPT Administrada por el Terapeuta (Clinician Administered PTSD Scale, "CAPS"), que evalúa la frecuencia y gravedad de cada síntoma de TEPT en la semana pasada. Este instrumento se usó solamente después del tratamiento y durante evaluaciones diagnósticas de seguimiento, ya que la fecha de realización de esas entrevistas (por lo menos 30 días después de la evaluación inicial de referencia) hizo posible poder diferenciar a los diagnósticos de TEPT de los diagnósticos de estrés agudo (en el cual los síntomas graves normalmente no persisten después de 30 días).
Hallazgos clave	En un estudio que comparó tres condiciones: EP, EP más manejo de la ansiedad, y consejería de apoyo, los pacientes en los grupos que recibieron tanto EP más manejo de la ansiedad como EP solamente, tuvieron menores probabilidades de satisfacer los criterios para recibir un diagnóstico de TEPT durante la prueba de salida que aquellos pacientes en el grupo que recibió consejería de apoyo ($p < .05$). Se observaron resultados similares durante el seguimiento hecho a los 6 meses ($p < .01$).
Estudio que demuestra el desenlace	Estudio 4
Diseño del estudio	Experimental
Índice de calidad de la investigación	2.9 (escala de 0.0 a 4.0)

Grupos Incluidos en los Estudios

Los siguientes grupos fueron identificados en los estudios revisados para Calidad de la Investigación.

Estudio	Edad	Género	Raza / Origen Étnico
Estudio 1	18-25 (Adultos jóvenes) 26-55 (Adultos) 55+ (Adultos mayores)	100% Femenino	63% Blancos 36% Afro americanos 1% Raza/Origen étnico no especificado
Estudio 2	18-25 (Adultos jóvenes) 26-55 (Adultos) 55+ (Adultos mayores)	100% Femenino	71% Blancos 25% Afro americanos 4% Raza/Origen étnico no especificado
Estudio 3	18-25 (Adultos jóvenes) 26-55 (Adultos) 55+ (Adultos mayores)	100% Femenino	49% Blancos 44% Afro americanos 7% Raza/Origen étnico no especificado
Estudio 4	18-25 (Adultos jóvenes) 26-55 (Adultos) 55+ (Adultos mayores)	51% Femenino 49% Masculino	100% Grupo no estadounidense

Calidad de la Investigación

Los siguientes documentos fueron revisados para determinar la Calidad de la Investigación. El punto focal de investigación podrá proveer información sobre los estudios revisados y la disponibilidad de materiales adicionales, incluyendo aquellos de estudios más recientemente realizados.

Estudio 1

Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67(2), 194-200.

Estudio 2

Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70(4), 867-879.

Estudio 3

Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A., Riggs, D. S., Feeny, N. C., et al. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73(5), 953-964.

Estudio 4

Bryant, R. A., Sackville, T., Dang, S. T., Moulds, M., & Guthrie, R. (1999). Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. American Journal of Psychiatry, 156(11), 1780-1786.

Materiales Suplementarios

Cahill, S. P., Foa, E. B., Hembree, E. A., Marshall, R. D., & Nacash, N. (2006). Dissemination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress, 19(5), 597-610.

Cahill, S. P., Hembree, E. A., & Foa, E. B. (2006). Dissemination of prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder: Success and challenges. In Y. Neria, R. Gross, R. D. Marshall, & E. S. Susser (Eds.), 9/11: Public health in the wake of terrorists attacks. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.

Foa, E. B., Hearst-Ikeda, D., & Perry, K. J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63(6), 948-955.

Foa, E. B., Rothbaum, R. O., Riggs, D. S., & Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59(5), 715-723.

Índice de Calidad de la Investigación por Criterio (escala de 0.0–4.0)

La calidad de los resultados reportados de cada intervención es evaluada independientemente por evaluadores externos, utilizando los siguientes seis criterios:

1. Confiabilidad de las medidas
2. Validez de las medidas
3. Fidelidad de la intervención
4. Falta de datos e índice de abandono
5. Posibles variables de confusión
6. Idoneidad del análisis

Para más información sobre estos criterios y el significado de estas calificaciones, consulte la sección de Calidad de la Investigación.

Desenlace	Confiabilidad de las medidas	Validez de las medidas	Fidelidad	Falta de datos/ índice de abandono	Variables de confusión	Análisis de datos	Índice general
1: Gravedad de los síntomas de TEPT	4.0	4.0	3.9	3.5	3.3	3.5	**3.7**
2: Síntomas de depresión	4.0	4.0	3.9	3.5	3.3	3.5	**3.7**

Desenlace	Confiabilidad de las medidas	Validez de las medidas	Fidelidad	Falta de datos/ índice de abandono	Variables de confusión	Análisis de datos	Índice general
3: Ajuste social	2.8	2.8	3.9	3.5	3.1	3.8	**3.3**
4: Síntomas de ansiedad	4.0	4.0	3.8	4.0	3.0	3.5	**3.7**
5: Estado diagnóstico de TEPT	4.0	4.0	3.0	1.8	2.0	2.5	**2.9**

Fortalezas del Estudio

Los estudios usaron instrumentos estandarizados con buenas o excelentes propiedades psicométricas. Se puso suficiente atención a la fidelidad de la intervención y al monitoreo y evaluación del proceso. Las estrategias de análisis de datos (como muestras de "intención de tratar", o análisis de aquellos que completaron la intervención versus los que no la completaron) fueron minuciosas y tomaron en cuenta las posibles amenazas planteadas por el abandono diferencial y la falta de datos.

Debilidades del Estudio

Los estudios tuvieron niveles moderados de abandono y, en algunos casos, abandono diferencial por condición

Plan de Diseminación

Los siguientes materiales fueron revisados para determinar el Plan de Diseminación. El punto focal de implementación podrá proveer información sobre la implementación de la intervención y la disponibilidad de materiales adicionales, actualizados o nuevos.

Materiales de Diseminación

Cahill, S. P., Foa, E. B., Hembree, E. A., Marshall, R. D., & Nacash, N. (2006). Dissemination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress, 19(5), 597-610. PubMed

Center for the Treatment and Study of Anxiety, University of Pennsylvania. (n.d.). PTSD Symptom Scale--Interview (PSSI).

Center for the Treatment and Study of Anxiety, University of Pennsylvania. (n.d.). PTSD Symptom Scale--Self-Report (PSS-SR).

Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Therapist guide. New York: Oxford University Press.

Lista de verificación del tratamiento de EP

Rothbaum, R. O., Foa, E. B., & Hembree, E. A. (2007). Reclaiming your life from a traumatic experience: Workbook. New York: Oxford University Press.

Documentos de capacitación:

- Agenda del taller de capacitación de cuatro días
- Lista de lecturas sobre el TEPT
- Recursos para la capacitación y la implementación

Índice del Plan de Diseminación por Criterio (escala de 0.0–4.0)

Evaluadores externos evalúan independientemente el Plan de Diseminación de la intervención, utilizando tres criterios:

1. Disponibilidad de los materiales de implementación
2. Disponibilidad de recursos de capacitación y apoyo
3. Disponibilidad de procedimientos de garantía de la calidad

Para más información sobre estos criterios y el significado de estas calificaciones, consulte la sección Plan de Diseminación.

Materiales de implementación	Recursos de capacitación y apoyo	Procedimientos de garantía de la calidad	Índice general
3.0	3.5	2.8	**3.1**

Fortalezas de la Diseminación

El manual del tratamiento incluye estrategias y casos de ejemplo para cada sesión. Una capacitación completa ofrece oportunidades para que los implementadores observen y practiquen la aplicación de conceptos de intervención. Hay varias herramientas disponibles para apoyar la garantía de la calidad, incluyendo medidas de desenlaces del cliente y listas de verificación de las sesiones.

Debilidades de la Diseminación

No se ofrecen recursos o capacitación para los administradores del programa o supervisores clínicos. La intervención requiere de un alto grado de destreza clínica. Hay poca orientación disponible sobre cómo usar las medidas de garantía de la calidad e interpretar sus resultados.

Costos

La siguiente información de costos fue proporcionada por el diseñador del programa. Aunque esta información de costos pueda haber sido actualizada desde la fecha de la revisión, es posible que no refleje los costos actuales o la disponibilidad de artículos (incluyendo artículos recientemente desarrollados o discontinuados). El punto focal de implementación podrá proveer información actualizada y discutir requisitos de implementación.

Descripción del artículo	Costo	Exigido por el Diseñador
Capacitación clínica en el sitio, de 4 días de duración (incluye la guía de intervención del terapeuta, cuaderno de trabajo del cliente, DVD educativo, medidas de evaluación, y manual de adherencia)	$1,100 por participante	Sí

Replicaciones

A continuación se presentan citas seleccionadas. Un asterisco indica que el documento fue revisado para determinar la Calidad de la Investigación.

Bryant, R. A., Harvey, A. G., Dang, S. T., Sackville, T., & Basten, C. (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66(5), 862-866. PubMed

* Bryant, R. A., Sackville, T., Dang, S. T., Moulds, M., & Guthrie, R. (1999). Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. American Journal of Psychiatry, 156(11), 1780-1786. PubMed

Foa, E. B., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2006). An evaluation of three brief programs for facilitating recovery after assault. Journal of Traumatic Stress, 19(1), 29-43. PubMed

Paunovic, N., & Ost, L.-G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. Behaviour Research and Therapy, 39(10), 1183-1197. PubMed

Rothbaum, B. O., Astin, M. C., & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. Journal of Traumatic Stress, 18(6), 607-616. PubMed

Rothbaum, B. O., Cahill, S. P., Foa, E. B., Davidson, J. R. T., Compton, J., Connor, K. M., et al. (2006). Augmentation of sertraline with prolonged exposure in the treatment of posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress, 19(5), 625-638. PubMed

Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, M. T., Chow, B. K., et al. (2007). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: A randomized controlled trial. Journal of the American Medical Association, 297(8), 820-830. PubMed

Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K. & Ogrodniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71(2), 330-338. PubMed

Información de Contactos

Para información sobre la implementación o la investigación:

Edna B. Foa, Ph.D.
(215) 746-3327
foa@mail.med.upenn.edu

Sandy Capaldi, Psy.D.
(215) 746-3327
sandraca@mail.med.upenn.edu

Para más información, visite:

- **http://www.med.upenn.edu/ctsa/workshops_pet.html**

Considere estas Preguntas a Formular (PDF, 175KB) a medida que explora los posibles usos para esta intervención.

Este PDF se generó a partir de http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=89 el 25 de enero de 2012.