

fundación

ASMOZ

formación on-line

Asistencia a las Víctimas de Experiencias Traumáticas

**Asistencia psicológica a Víctimas del
Terrorismo adultas: un caso clínico**

Profesora: © Paz de Corral Gargallo



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

ÍNDICE

1. Características del paciente.....	3
2. Motivo de la consulta.....	4
3. Factores antecedentes.....	5
4. Factores precipitantes.....	5
5. Instrumentos de evaluación utilizados.....	6
6. Diagnóstico clínico.....	8
7. Tratamiento.....	9
7.1. Motivación para el tratamiento.....	9
7.2. Objetivos terapéuticos.....	10
7.3. Técnicas de intervención.....	11
7.4. Prevención de recaídas.....	18
8. Resultados.....	19
9. Conclusiones.....	21
Lecturas recomendadas.....	23

1. CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE¹

Agustín, empresario, de 60 años, casado y con tres hijos ya mayores, fue secuestrado hace más de 10 años por ETA y retenido en una cárcel del pueblo durante 4 meses. El lugar del secuestro era frío, húmedo y con unas condiciones de alimentación muy deficientes. Los secuestradores apenas intercambiaban palabras con él, pero se mostraban huraños e intransigentes respecto al cobro del rescate. El cautiverio le agudizó la osteoporosis y le descompensó una diabetes crónica. La desorientación espaciotemporal, así como el temor a una irrupción brusca de la policía, le crearon alucinaciones auditivas y un estado de alarma permanente. La prolongación del cautiverio y la intransigencia fanática de los secuestradores, con amenazas directas y con el precedente del asesinato de algún empresario los años anteriores, le crearon un intenso temor ante la muerte.

El secuestro acabó finalmente con el pago de un rescate por parte de la familia, pero el último pago terminó de hacerse cuando Agustín estaba ya en libertad. Al tratarse de una empresa familiar, su situación financiera quedó resentida por el pago del rescate y pasó por una fuerte crisis, de la que le costó recuperarse. Agustín se mostró poco colaborador con la policía por temor a una nueva actuación contra él de los secuestradores y no quiso vincularse tampoco con ninguna Asociación de Víctimas del Terrorismo.

Al cabo de unas semanas de la liberación se recuperó de los problemas físicos, excepto de la diabetes crónica. Al cabo de un mes volvió a trabajar, pero con un rendimiento muy por debajo del que era habitual en él. Desde entonces se encuentra asustado, muestra conductas claustrofóbicas (respecto a los cines, las tiendas, los ascensores, etcétera), rehuye el contacto con otras personas y limita su relación a la vida familiar. Consigue dormir de un tirón, pero con una sensación de sueño no reparador. Jamás habla del secuestro con nadie, evita pensar sobre ello y tiene dificultades para expresar sus emociones. Se siente culpable por el destino que los terroristas hayan podido dar al dinero del rescate. Al ser relativamente mayor en el momento del secuestro, no se ha recuperado del todo. Su familia dice que el Agustín actual es una caricatura del que era antes.

¹ Todos los datos de identificación han sido alterados, sin afectar a la estructura del caso, para preservar el anonimato del paciente.

2. MOTIVO DE LA CONSULTA

El paciente acude a la consulta porque se muestra irritable, se siente triste, le cuesta mucho concentrarse en el trabajo, rehuye el contacto social, desconfía de las personas y tiene imágenes y pesadillas frecuentes en relación con el secuestro. En realidad, estos síntomas no son nuevos, pero ahora son más intensos y los soporta peor. Ha sido su mujer quien le ha sugerido la conveniencia de buscar ayuda terapéutica.

El elemento desencadenante de la consulta ha sido la boda reciente de su hijo menor, que era el último que vivía en el domicilio familiar y con el que mantiene una relación más estrecha. Al quedarse solo en casa con su mujer, con la que mantiene una buena relación, y negarse a salir de casa para implicarse en actividades lúdicas, su situación emocional se ha deteriorado y ha aceptado consultar por el problema.

El motivo de la consulta está referido a la irritabilidad, a las dificultades de concentración y a los problemas con el sueño. Se siente incapaz de hacer frente a las obligaciones laborales y sueña con frecuencia en la llegada de la jubilación. De hecho, el paciente ha sido derivado a la consulta del psicólogo clínico por el médico de atención primaria, que le ha hecho ver la insuficiencia de una mera prescripción de hipnóticos para hacer frente a sus problemas.

El paciente explica con claridad sus síntomas, pero, sin embargo, se muestra reacio a hablar del contenido de las imágenes y de las pesadillas y a poner en conexión los síntomas sufridos con el secuestro pasado. Sólo cuando se le hace evidente que esos síntomas eran inexistentes antes del secuestro y que el mero paso del tiempo no los ha mejorado acepta abordar, no sin recelos, el tema del secuestro.

Su mujer, que le acompaña en la consulta, insiste en el cambio de carácter experimentado a raíz del secuestro. Agustín es ahora una persona mucho más retraída, desconfiada e irritable de lo que era antes, está en alerta y tiene un sueño poco reparador.

3. FACTORES ANTECEDENTES

El paciente ha sido un hombre de buena salud, sin antecedentes clínicos reseñables, excepto una diabetes crónica. No tiene antecedentes psicopatológicos y nunca ha consultado por problemas psicológicos. Con arreglo a su historia y a los datos aportados por su mujer, se trata de una persona más bien introvertida, estable emocionalmente, muy constante en sus objetivos, organizada en su trabajo, fuerte ante las contrariedades y bien integrada en el ambiente laboral y social.

Agustín estudió Ciencias Empresariales. Fue un estudiante normal, pero siempre ha sido muy responsable en su trabajo. En realidad, a los pocos años de acabar los estudios, se hizo cargo de la empresa familiar que dirige ahora y que ha sabido sacarla a flote, incluso en los momentos difíciles.

No es una persona de grandes aficiones. Ha dedicado su tiempo libre a su familia y a estar en casa. Le gustan las manualidades, la encuadernación de libros y siempre se ha entretenido en casa haciendo diversos tipos de arreglos.

La relación con su mujer y sus hijos es buena. El ambiente familiar en casa ha sido armónico. Los tres hijos están ahora casados, pero no tiene aún nietos. En cuanto a las relaciones sociales, siempre han sido limitadas a unos compañeros de carrera y a unos vecinos, pero ahora se muestra más distante y huidizo.

4. FACTORES PRECIPITANTES

Lo que ha favorecido la consulta en este momento –más de diez años después del secuestro- ha sido la percepción de soledad y la tristeza al haberse casado su hijo menor y quedarse en casa a solas con su mujer, así como las dificultades para hacer frente a un trabajo que cada vez se le hace más cuesta arriba.

Las imágenes en TV de nuevos atentados y secuestros -tanto en España como en otros países-, que son más frecuentes en esta última época, le han generado una mayor situación de desasosiego. De hecho, duerme peor y tiene imágenes diurnas y pesadillas nocturnas frecuentes en relación con el secuestro. En concreto, se despierta a menudo con frecuencia en medio de la noche cuando en sueños los

secuestradores están a punto de matarle. Asimismo se sobresalta con frecuencia cuando ve a gente desconocida cerca de su casa o cuando oye ruidos que no identifica.

También ha experimentado últimamente una descompensación de la diabetes, que le ha hecho acudir al médico más de lo habitual y le ha generado una cierta actitud hipocondríaca.

5. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN UTILIZADOS

Además de la entrevista clínica, el protocolo de evaluación utilizado ha respondido a diversos criterios: a) explorar las posibles alteraciones presentes (trastorno de estrés postraumático, síntomas ansioso-depresivos, nivel de autoestima y grado de adaptación a la vida cotidiana); b) utilizar un protocolo relativamente breve y sin pruebas redundantes; y c) constar de pruebas validadas en una población española y sensibles al cambio terapéutico.

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS)
(Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997)

La *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático* es una entrevista estructurada que sirve para evaluar la gravedad e intensidad de los síntomas de este cuadro clínico -según los criterios diagnósticos del *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2000)- en víctimas de diferentes sucesos traumáticos. Esta escala, estructurada en un formato de tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 17 ítems, de los que 5 hacen referencia a los síntomas de *reexperimentación*, 7 a los de *evitación* y 5 a los de *hiperactivación*. El rango de las puntuaciones es de 0 a 51 en la escala global; de 0 a 15, en la subescala de reexperimentación; de 0 a 21, en la de evitación; y de 0 a 15, en la de activación.

La eficacia diagnóstica de la escala es muy alta si se establece un punto de corte global de 15, y unos puntos de corte parciales de 5, 6 y 4 en las subescalas de reexperimentación, evitación e hiperactivación, respectivamente.

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) (versión española de TEA, 1982)

El *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo* es un instrumento de autoevaluación que consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. El punto de corte en el *STAI-Estado* (correspondiente al percentil 75) es de 31 para la población femenina y de 28 para la población masculina.

Inventario de Depresión (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) (versión española de Vázquez y Sanz, 1997)

Es un instrumento de autoevaluación que consta de 21 ítems (rango: 0-63 puntos) y mide la intensidad de los síntomas depresivos. El punto de corte más utilizado para discriminar entre la población sana de la población aquejada de sintomatología depresiva es 18. En sus ítems se da más importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a los conductuales y somáticos.

Escala de Valoración de la Depresión (HRS) (Hamilton, 1960) (versión española de Conde y Franch, 1984)

Es una escala heteroaplicada que consta de 21 ítems (rango: 0-62 puntos) y que cuantifica la sintomatología depresiva de los pacientes, especialmente las alteraciones somáticas y conductuales. Suele ser empleada de forma complementaria al *Inventario de Depresión de Beck*. El punto de corte establecido para esta escala es de 18 puntos.

Escala de Autoestima (EAE) (Rosenberg, 1965)

Es un instrumento de autoevaluación que consta de 10 ítems (rango: 10-40 puntos) y que mide el grado de satisfacción que una persona tiene consigo

misma. La mitad de los ítems están planteados de forma afirmativa y la otra mitad de forma negativa, con el objetivo de controlar la aquiescencia. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es el grado de autoestima. El punto de corte en la población adulta es de 29. La versión española de esta escala se puede encontrar en Echeburúa y Corral (1998).

Escala de Inadaptación (EI) (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000)

Es un instrumento de autoevaluación que consta de 6 ítems (rango: 0-30 puntos) y mide el grado en que el suceso traumático afecta a la adaptación global, así como a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y relación familiar. El punto de corte establecido es de 12 en la escala total y de 2 en cada uno de los ítems. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la inadaptación.

6. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Los resultados obtenidos en las distintas pruebas en la evaluación anterior al tratamiento figuran expuestos en la *tabla 1*.

RESULTADOS OBTENIDOS EN LA EVALUACIÓN ANTERIOR AL TRATAMIENTO

Inventarios y Escalas	Puntuación obtenida
Escala de Gravedad de Síntomas del TPET (EGS)	27
Inventario de Ansiedad- Estado (STAI-E)	30
Inventario de Depresión (BDI)	22
Escala de Valoración de la Depresión (HRS)	16
Escala de Autoestima (EAE)	20
Escala de Inadaptación (EI)	18

A raíz de la entrevista y de los resultados obtenidos en los instrumentos de evaluación, se puede concluir que el paciente sufre un trastorno de estrés postraumático crónico, presenta síntomas ansioso-depresivos moderados (referidos en este último caso especialmente a la esfera cognitiva), muestra una cierta

inadaptación a la vida cotidiana, especialmente en el ámbito laboral y social, y tiene una autoestima moderadamente baja.

Las estrategias de afrontamiento utilizadas para superar el malestar emocional han sido la negación parcial y el consumo abusivo de alcohol. Por lo que se refiere a la negación, el paciente reconoce su malestar, pero lo atribuye a la soledad, a los problemas con la diabetes, al cansancio en el trabajo, etcétera. Le cuesta reconocer la relación del secuestro con las pesadillas y con el nivel de alerta en que se encuentra. Por otra parte, tiene una mala conciencia en relación con el secuestro porque consiguió la libertad gracias al pago de un cuantioso rescate y es consciente del uso delictivo que se ha podido dar a ese dinero.

En cuanto al abuso de alcohol, su mujer refiere que el paciente consume en los últimos meses más alcohol de lo que ha sido habitual en él. En concreto, bebe por término medio cuatro vasos de vino entre la comida y la cena y dos copas de coñac al día. Es decir, consume, al menos, 80 gramos de alcohol diarios. Además, el coñac puede consumirlo a cualquier hora del día, cuando está solo y, especialmente, si se encuentra triste o preocupado.

Los recursos psicológicos disponibles son una personalidad equilibrada, un apoyo familiar sólido, una capacidad de entretenimiento en solitario adecuada y una salud aceptable, así como una capacidad de resistencia ante situaciones de estrés.

7. TRATAMIENTO

7.1. Motivación para el tratamiento

El paciente acude a la consulta derivado por el médico de cabecera y por sugerencia de su mujer, que le ve más irritable y *raro* de lo habitual. Dado que el paciente muestra una estrategia de negación parcial respecto al núcleo del problema y que esta estrategia está reforzada negativamente (no hablar ni pensar sobre el secuestro, así como intentar eludir las imágenes recurrentes, le supone un alivio transitorio del malestar), se plantea la necesidad de llevar a cabo antes del tratamiento propiamente dicho una *entrevista motivacional* (Miller y Rollnick, 1999).

Los principales objetivos de esta entrevista son los siguientes:

1. Establecer una buena relación terapéutica que facilite la exploración de los problemas del paciente.
2. Informar al paciente sobre su situación actual y sobre la necesidad de abordar los problemas latentes para afrontar el malestar emocional presente, así como sobre las ventajas de un cambio (por doloroso que pueda resultar inicialmente escarbar en recuerdos dolorosos): encontrarse físicamente mejor; dormir bien; disfrutar más de la vida; rendir más en el trabajo; y, sobre todo, mejorar su autoestima y reconciliarse con el pasado.
3. Hacer ver al paciente que aún tiene años de vida por delante y que el beneficio del cambio es superior al esfuerzo por conseguirlo.
4. Posibilitar al paciente el establecimiento de objetivos terapéuticos conjuntamente con el terapeuta, así como explicarle detalladamente el porqué de las técnicas empleadas. La posibilidad de control por parte del paciente aumenta la implicación personal en el tratamiento.
5. Marcar unos objetivos terapéuticos realistas y acordes con las circunstancias (edad, situación familiar, recursos psicológicos, etcétera) propias del paciente.
6. Fijar un programa terapéutico breve (4 meses), a base de sesiones semanales, y en un período de tiempo corto (1 semana), sin lista de espera.
7. Mostrar una actitud de ayuda activa por parte del terapeuta que dé una retroalimentación constante al paciente de los logros parciales obtenidos y que pueda hacer frente a la motivación fluctuante durante el proceso terapéutico.

De lo que se trata, en definitiva, es de implicarle activamente en el proceso terapéutico haciéndole ver que los beneficios del cambio son superiores a los costes de la terapia (y del esfuerzo que ella implica) y que la necesidad de un tratamiento no es una muestra de *su debilidad*, sino que una buena parte de sus reacciones son una respuesta *normal* a la situación *anormal* que ha vivido.

7.2. Objetivos terapéuticos

Los objetivos del tratamiento se han planteado de una forma escalonada. En primer lugar, se va a hacer frente a los síntomas más urgentes (alteraciones del sueño y

abuso de alcohol). En segundo lugar, se va a abordar el núcleo del trauma (reexperimentación del suceso ocurrido, conductas de evitación y reacciones de sobresalto). Y, por último, se va a intentar una regulación de las emociones, una mejora de la autoestima y una recuperación de la confianza en las demás personas.

El establecimiento de esta jerarquía está en función de la urgencia de los síntomas, pero también de las expectativas y de la demanda del paciente. El paciente está preocupado fundamentalmente por las alteraciones del sueño y, en mucha menor medida, por el trauma en sí mismo. Si se consigue afrontar con éxito el primer objetivo, el paciente va a estar mucho más motivado para abordar los siguientes objetivos, de los que no es tan consciente y sobre los que presenta una cierta resistencia.

7.3. Técnicas de intervención

Se establece, en primer lugar, un plan, basado en el control de estímulos, para dormir mejor y conseguir un sueño reparador. El paciente está motivado para este programa psicológico porque tiene una experiencia negativa con el consumo esporádico de hipnóticos. Cuando ha tomado *Loramet* durante algunos períodos ha dormido mejor, pero ha sentido pesadez de cabeza durante el día y ha vuelto a tener más pesadillas cuando ha dejado de tomarlo (insomnio de rebote). Las medidas de higiene del sueño establecidas figuran descritas en la *tabla 2*.

MEDIDAS DE HIGIENE DEL SUEÑO

Normalización del sueño

- Mantener horarios de sueño similares todos los días (acostarse y levantarse a la misma hora). Tratar de acostarse con los primeros síntomas de somnolencia.
- No dormir la siesta.
- No traspasar.
- No desplazar más de 1 hora el momento de levantarse los fines de semana.

Alimentación adecuada

- Evitar el café y el alcohol. En todo caso, beber leche caliente con miel.
- Tomar una cena escasa y exenta de grasas, al menos 2 horas antes de acostarse, sin demasiados líquidos.

Acondicionamiento del ambiente

- Mantener una temperatura suave en la habitación, sin mucha ropa de cama.
- Dormir a oscuras, sin radio ni TV en la habitación.

Conductas facilitadoras del sueño

- Hacer deporte moderadamente o pasear por la tarde (al menos, 3 horas antes de dormir).
- Evitar situaciones que le activen o impliquen emocionalmente (por ejemplo, discusiones con la pareja).
- No realizar por las noches tareas que requieran mucha activación o concentración.
- Tomar un baño templado antes de acostarse, así como escuchar una música suave o una lectura relajante.
- Irse a la cama sólo cuando se tenga sueño.
- Asociar la cama sólo con dormir (aparte de la actividad sexual).
- Si se está 20 minutos sin dormir, levantarse de la cama e ir al salón. Si se despierta y no se puede dormir, no hay que intentar forzar el sueño. El truco es dejar de asociar la cama con el insomnio.
- Utilizar las mismas rutinas antes de acostarse: leer un poco, escuchar música suave, etc.

Asimismo se aborda el problema del consumo abusivo de alcohol. Se le hace ver al paciente que sus pautas de bebidas son insanas y que pueden interferir negativamente en su salud y en su calidad de vida. Como es una persona aprehensiva y tiene ya una cierta edad, acepta la sugerencia de abordar este problema como objetivo terapéutico, sobre todo cuando de lo que se trata es de reducir el consumo (no de suprimirlo).

En concreto, el programa propuesto supone beber como máximo tres días a la semana, no consumir más de 40 gramos de alcohol (1 vaso de vino en la comida, 1 vaso de vino en la cena y 1 copa de coñac al día, pero no por la noche) los días de bebida y hacerlo en compañía y en el transcurso de las comidas o inmediatamente después. Asimismo el paciente no debe beber nunca cuando se siente mal (deprimido, irritable, preocupado, etcétera) o en una situación de desgaste físico, sino sólo cuando se encuentra bien, es decir, con un estado físico y de ánimo normal. Además, se hace hincapié con el paciente en dos aspectos: buscar nuevas formas de pasar el tiempo que no impliquen el consumo de alcohol y, especialmente, hacer frente al malestar emocional sin recurrir al alcohol (por ejemplo, comentar las preocupaciones con su mujer, llamar por teléfono a sus hijos, salir a dar un paseo, etcétera).

Al cabo de una semana el paciente, según nos lo señala él mismo y nos lo corrobora su mujer, ha seguido estrictamente las indicaciones establecidas en relación con el sueño y el abuso de alcohol. Los cambios experimentados, sin ser espectaculares, son positivos. El paciente continúa con las pesadillas, pero éstas no son tan intensas, y tiene la sensación de que el sueño es más reparador y no experimenta tanta somnolencia durante el día. La reducción del consumo de alcohol le ha supuesto menos esfuerzo del que esperaba.

A continuación, durante las 8 sesiones siguientes (3ª-10ª), se aborda el núcleo del trauma mediante la exposición prolongada en imaginación a los recuerdos traumáticos. La confrontación con los pensamientos o imágenes temidos se realiza de forma gradual. En primer lugar, se expone al paciente, en el contexto protegido de la sesión terapéutica, a los estímulos cognitivos temidos (el aspecto físico y la voz de los secuestradores, la humedad del lugar, el miedo a morir, etcétera) y se graba en cinta la exposición, que sólo termina cuando se reduce significativamente el grado de malestar. El paciente recibe las siguientes instrucciones del terapeuta:

Vas a cerrar los ojos para concentrarte mejor y, a continuación, vas a evocar los pensamientos traumáticos en voz alta. Intenta recordar esos sucesos dolorosos tan vívidamente como sea posible, con todas las imágenes, los sonidos, la temperatura y hasta los olores que estaban presentes. Cuéntamelo en primera persona y en presente, como si estuviera ocurriendo aquí ahora mismo. No te preocupes si tienes ganas de gritar o de llorar: hazlo libremente. Mantén la atención hasta que disminuya el malestar. Esto te puede llevar un buen rato (45 o 60 minutos). Me vas a contar con detalle lo que piensas y sientes. Si te encuentras muy incómodo porque te sientes irritado, avergonzado e incluso culpable y tienes la tentación de apartar esas imágenes de tu mente, no te preocupes; yo estoy contigo y te ayudaré a mantener la atención y a "digerir" la experiencia. En ningún caso vas a perder el control o a volverte loco.

Vamos a grabar en cinta tu narración para que puedas escucharla en casa como tarea.

Cuando termines con este ejercicio en casa, puedes sentirte cansado. Antes de concluir la sesión, vas a imaginarte durante algunos minutos algunas escenas relajantes, como la visión de las olas en la playa, el recuerdo de algunos personajes entrañables en la infancia, etcétera, o a dedicarte a alguna actividad placentera, como escuchar una canción agradable, salir a dar un paseo o quedar con un amigo.

Y en segundo lugar, como tarea para casa, el paciente debe escuchar diariamente la cinta del ejercicio de exposición hecho en la sesión y concentrarse en ella hasta que disminuya el malestar. De modo complementario, el paciente debe leer dos veces al día los recortes de periódico relativos a la noticia de su secuestro, que guarda su mujer en casa, y concentrarse en su lectura.

Como los recuerdos traumáticos emergen en forma de pesadillas repetitivas durante el sueño, la víctima debe escribir el sueño más frecuente ("estoy solo en un lugar húmedo, oigo pasos, los secuestradores van a matarme") y ponerle un final más positivo ("el secuestro terminó hace más de 10 años, estoy vivo, me encuentro en un lugar seguro rodeado de mi familia"), así como leerlo con concentración

durante unas cuantas veces antes de acostarse. De esta manera, se puede ejercer un cierto control sobre los sueños.

A efectos de completar tal tarea (*exposición cognitiva*), el paciente debe enfrentarse gradualmente (*exposición en vivo*) a las situaciones externas evitadas (cines, tiendas, etcétera), así como relacionarse, siquiera brevemente, con otras personas en su entorno natural (compañeros de trabajo, vecinos, etcétera). Todo ello va a contribuir a ampliar su perspectiva actual y a adquirir más confianza en sí mismo.

Junto con la técnica de exposición, se aborda asimismo una reestructuración cognitiva de las distorsiones cognitivas presentes. En concreto, por lo que se refiere al sentimiento de culpa por haber pagado su familia el rescate y por no haber colaborado suficientemente con la policía, el paciente, con la ayuda del terapeuta, se percata de que el instinto de supervivencia está por encima de cualquier otra consideración. En cualquier caso, el paciente, como forma de reparar ese sentimiento de culpa, acepta colaborar con la Asociación de Víctimas del Terrorismo: es una forma de transmitir una experiencia de consuelo y de apoyo a familias afectadas por el mismo problema y, al mismo tiempo, de evitar el enclaustramiento y de relacionarse con otras personas.

A partir de la 10ª sesión, cuando el paciente se siente ya capaz de afrontar el suceso traumático y de resituarlo en su biografía, se comienza a abordar el problema de la regulación de las emociones (sesiones 11ª-14ª). En este caso en concreto, el embotamiento emocional constituye una reacción protectora de la víctima. No depositar sentimientos de afecto o de confianza en otras personas ni estar dispuesta a recibirlos supone una pérdida de identidad personal, pero es una forma de protegerse de peligros potenciales. La víctima no quiere nuevos engaños y trata de blindarse ante la realidad externa, adoptando conductas de cerrazón emocional o de distancia respecto a las demás personas. Por ello, después de explicarle este mecanismo, se le marcan unas tareas graduadas orientadas al mundo exterior: salir a la calle regularmente; saludar a las personas conocidas, aunque sea brevemente, e interesarse por ellas; hablar de sí mismo; hacer un esfuerzo por compartir las alegrías colectivas (cumpleaños, fiestas locales, acontecimientos deportivos, Navidades, etcétera); y acudir a lugares públicos.

Asimismo se le enseñan al paciente, en la 12ª sesión, técnicas de control de la respiración para hacer frente a las reacciones de sobresalto porque se quejaba de experimentar síntomas de hiperventilación involuntaria. El reaprendizaje de una respiración adecuada es una estrategia de afrontamiento útil para hacer frente a la hiperactivación fisiológica. Los pasos más importantes en la adquisición de esta técnica, que como cualquier otro procedimiento, requiere una práctica regular (al menos, tres veces al día, especialmente en los momentos de mayor tensión), se describen en la *tabla 3*.

ENTRENAMIENTO EN RESPIRACIONES LENTAS Y PROFUNDAS

Cuando una persona percibe los primeros signos de hiperventilación involuntaria, deben darse los siguientes pasos:

1. Interrumpir lo que uno está haciendo y sentarse o, al menos, concentrarse en los siguientes pasos. (Si se está en compañía de alguien, puede uno excusar su ausencia durante unos minutos y acudir a un lugar aislado, como, por ejemplo, el cuarto de baño).
2. Retener la respiración, sin hacer inhalaciones profundas, y contar hasta 10.
3. Al llegar a 10, espirar y decirse a sí mismo de una forma suave la palabra "tranquilo".
4. Inspirar y espirar en ciclos de 6 segundos (3 para la inspiración y 3 para la espiración), diciéndose a sí mismo la palabra "tranquilo" cada vez que espira. Habrá, por tanto, 10 ciclos de respiración por minuto.
5. Al final de cada minuto (después de 10 ciclos de respiración), retener de nuevo la respiración de nuevo durante 10 segundos. A continuación, reanudar los ciclos de respiración de 6 segundos.
6. Continuar respirando de este modo hasta que hayan

desaparecido todos los síntomas de la hiperventilación involuntaria.

Por último (sesiones 13^a-14^a), y dado que el paciente tiende a estar reconcentrado en sí mismo y desanimado, se le enseña a implicarse en actividades agradables, lo cual tiende a generar un estado de ánimo favorable, y a buscar lo positivo en las vivencias cotidianas.

Para practicar esta técnica se requieren dos condiciones:

- Estar motivado para centrar la atención en las experiencias positivas, por pequeñas que éstas sean.
- Saber a qué aspectos se debe prestar atención.

Algunas de las cosas en las que el paciente se puede fijar son las siguientes:

- Disfrutar de la práctica de actividades agradables.
- Prestar atención a los aspectos gratificantes derivados de la relación con otras personas:
 - Recibir un agradecimiento, una sonrisa, una felicitación, etcétera.
 - Sentirse útil e importante para otras personas. Ser tenido en cuenta a la hora de opinar, de elegir algo, etcétera
 - Reírse y divertirse con otras personas: charlando, yendo de excursión, comiendo, realizando diferentes actividades en grupo, etcétera.
- Dejarse sorprender por la vida y por las cosas positivas que a una persona le ocurren a diario:
 - Encontrarse con un buen amigo, recibir una llamada telefónica agradable, etcétera.
 - Sentirse bien por haber ayudado a otra persona.
 - Conocer a gente nueva y simpática.
 - Recibir una noticia positiva de un familiar, amigo, etcétera.

- Aprender cosas nuevas que puedan gustar a una persona y hacerle sentirse bien.

Un último componente (pero no por ello menos importante) es acostumbrarle al paciente a gratificarse a sí mismo por los logros conseguidos, por pequeños que éstos sean. Todo ello contribuye a mejorar su autoestima y a recuperar la confianza en sí mismo y en los demás.

7.4. Prevención de recaídas

Dado que el proceso de recuperación de un trauma es largo y complejo, el paciente puede sufrir altibajos, sean éstos debidos a la agudización de los síntomas o a la presencia de síntomas residuales. Por ello, se analizan con el paciente, en las dos sesiones específicas orientadas a la prevención de recaídas (15ª y 16ª), las circunstancias que en el pasado han contribuido a intensificar su malestar emocional.

Se identifican dos tipos de estímulos antecedentes del agravamiento sintomático (mayor número de "flashback", irritabilidad, pesimismo, etcétera): los recordatorios del suceso traumático (una noticia relacionada con un atentado o un secuestro, un acto de homenaje a los terroristas, etcétera) y las situaciones de estrés laboral o de soledad.

Una vez identificados estos estímulos, se le enseñan estrategias adecuadas para hacerles frente, como adoptar estrategias de distracción cognitiva, implicarse en actividades gratificantes o intensificar la relación social, a modo de escudo protector. Asimismo se le exhorta a compartir su malestar, sin avergonzarse por ello, con su mujer, sus hijos o sus amigos.

En cualquier caso, se le hace ver al paciente que una recaída aislada en el malestar emocional no supone volver a las andadas ni tiene por qué frenar el proceso de recuperación.

8. RESULTADOS

Al cabo de 16 sesiones (a los 4 meses de tratamiento), cuando se ha concluido ya con la terapia, se realiza una nueva evaluación al paciente. Asimismo se le hace un seguimiento a los 6 meses de terminar la terapia.

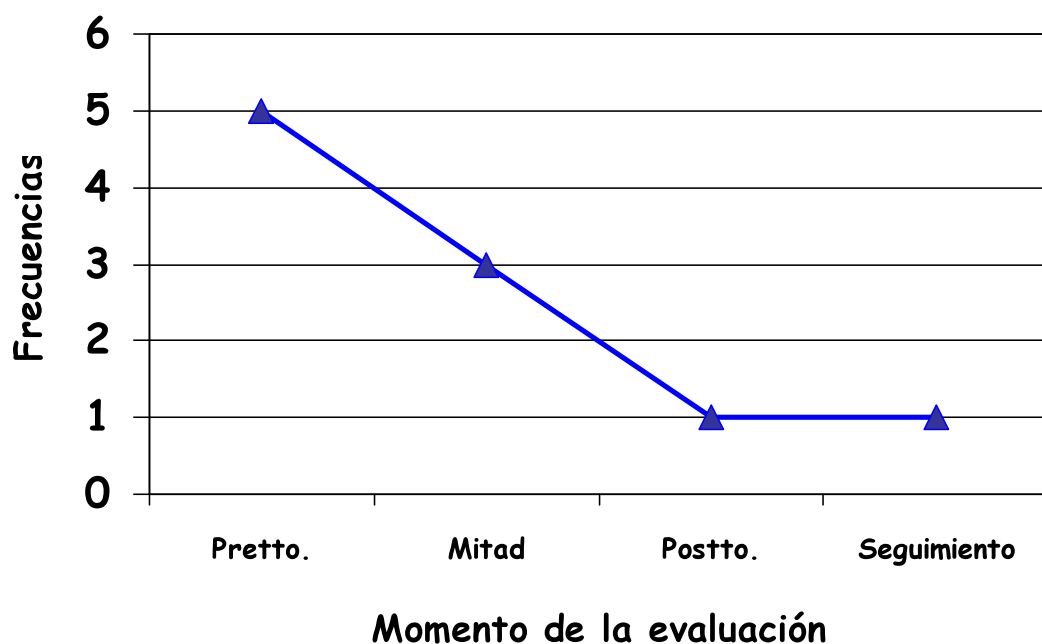
Los resultados obtenidos en las distintas pruebas en estas evaluaciones, así como los correspondientes a la evaluación anterior al tratamiento, figuran expuestos en la *tabla 4*.

RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS DIVERSAS EVALUACIONES

Inventarios y Escalas	Puntuación obtenida		
	Pre	Post	Seguimiento
Escala de Gravedad de Síntomas del TPET (EGS)	27	12	8
Inventario de Ansiedad- Estado (STAI-E)	30	18	16
Inventario de Depresión (BDI)	22	12	8
Escala de Valoración de la Depresión (HRS)	16	10	6
Escala de Autoestima (EAE)	20	24	22
Escala de Inadaptación (EI)	18	8	8

A raíz de la entrevista y de los resultados obtenidos en los instrumentos de evaluación, se puede concluir que el paciente ha superado el trastorno de estrés postraumático, presenta síntomas ansioso-depresivos leves (no significativos clínicamente) y está razonablemente adaptado a la vida cotidiana, con un pensamiento más positivo, una mejor concentración en el trabajo y una mayor implicación en actividades lúdicas y de relación social. El consumo de alcohol se mantiene dentro de unos límites aceptables. Sin embargo, la autoestima, que era moderadamente baja antes del tratamiento, no ha experimentado un cambio sustancial. La consideración de la autoestima como una variable de personalidad (menos sensible, por tanto, al cambio terapéutico) y la edad relativamente alta del paciente, con lo que ello implica de una percepción de sí mismo sobreaprendida, puede explicar la falta de cambios en esta variable.

Un resultado importante es la reducción considerable de los "flashback" o de las pesadillas, que constituían una fuente de sufrimiento significativa para el paciente. Los "flashback" o las pesadillas eran casi diarios desde el secuestro y, de hecho, no se habían reducido significativamente con el transcurso del tiempo. Después del tratamiento, por el contrario, sólo aparecían de forma esporádica y ya no constituían un motivo de preocupación para el paciente.



FRECUENCIA SEMANAL DE "FLASHBACK" O DE PESADILLAS

Estos cambios se mantienen también en el seguimiento de los 6 meses. La información del paciente es básicamente coincidente con la aportada por su mujer. Uno y otra perciben que la situación ha mejorado considerablemente y que, más allá de recaídas ocasionales (poco graves y no duraderas), el paciente se encuentra mejor y ha retomado el control sobre su vida.

9. CONCLUSIONES

Este caso ilustra cómo el trauma, sobre todo cuando han transcurrido años del suceso causante, puede manifestarse de una forma enmascarada. En estos casos la tríada fundamental del trauma (persistencia de imágenes perturbadoras, conductas de evitación y estado permanente de alarma) puede aparecer como un daño psicológico inespecífico, en forma, por ejemplo, de alteraciones del sueño, de depresión, de frialdad afectiva, de consumo excesivo de alcohol o incluso de alteraciones psicósomáticas.

El trauma puede describirse simbólicamente como una lucha entre el *recuerdo involuntario* y el *deseo del olvido*. En resumen, los síntomas agudos se alivian con el paso del tiempo y con el tratamiento, pero a veces persisten una sensación de dolor y una soledad, junto con un profundo sentimiento de injusticia, que se muestran muy resistentes al cambio.

¿Cuál es el significado profundo de la superación del trauma? Recuperarse significa ser capaz de haber integrado la experiencia traumática en la vida cotidiana y de haber transformado las vivencias pasadas en recuerdos, sin que éstos sobrepasen la capacidad de control de la víctima ni interfieran negativamente en su vida futura.

Proyectarse hacia el futuro es una tarea fundamental para la superación del trauma. Lo que hace un paciente en estos casos es transformar su tragedia en energía creadora y enriquecer su vida con actividades sociales útiles y gratificantes. No siempre es malo curtirse en la adversidad. Aceptar el sufrimiento y sobreponerse a él es algo muy positivo. De hecho, un trauma puede enseñar a una persona lo que es sufrir, pero también lo que es vivir. La estrategia básica para tratar a la víctima de un trauma es el intento de restablecer algún atisbo de esperanza en su ánimo desconsolado. No siempre es fácil encontrar alternativas, pero las hay: aprender a tener diversiones, comunicarse, admitir a las otras personas como son, acostumbrarse a pensar de forma positiva, atender a los demás, educarse para apreciar el arte, usar la experiencia adquirida y tratar de mantener el buen humor, incluso en condiciones difíciles.

En cualquier caso, los pacientes que se han recuperado de un trauma corren un mayor riesgo de recaídas si están expuestos en el futuro a nuevos sucesos traumáticos, estén o no relacionados con el trauma original. El riesgo de recaída

siempre es una posibilidad, aun después de la remisión completa de los síntomas. La mayor o menor probabilidad de recaídas está en función de las estrategias de afrontamiento adquiridas en el tratamiento y en las experiencias vitales.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Baca, E. y Cabanas, M.L. (Eds.) (2003). *Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos*. Madrid. Triacastela.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma*. Madrid. Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2005). Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático en una víctima de terrorismo. En J.P. Espada, J. Olivares y F.X. Méndez (Eds.). *Terapia psicológica: casos prácticos (pp. 159-178)*. Madrid. Pirámide.
- Foa, E.B., Keane, T.M. y Friedman, M.J. (Eds.) (2003). *Tratamiento del estrés postraumático*. Barcelona. Ariel.
- Pérez, K., García, L. y Sainz, A. (2002). *Guía de atención psicológica a las víctimas del terrorismo. Manual de autoayuda psicológica*. Bilbao. Asociación para la Defensa de la Dignidad Humana.
- Rojas Marcos, L. (2002). *Más allá del 11 de septiembre. La superación del trauma*. Madrid. Espasa Calpe.
- Sánchez, A. (2000). Tratamientos psiquiátricos de las víctimas del terrorismo. *Archivos de Psiquiatría*, 63, 297-309.
- Sánchez, A., González, P. y Méndez, J.A. (2002). Psicoterapia breve de grupo en el tratamiento de las víctimas de atentados terroristas. *Mapfre Medicina*, 13, 40-45.
- Trujillo, M. (2002). *Psicología para después de una crisis*. Madrid. Aguilar.