

fundación

ASMOZ

formación on-line

Asistencia a las Víctimas de Experiencias Traumáticas

2.4. Tratamiento psicológico a las víctimas de delitos violentos

Profesora: © Paz de Corral Gargallo



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1. Introducción..... | 3 |
| 2. Intervención en crisis inmediata..... | 4 |
| 3. Tratamiento psicológico posterior..... | 5 |
| 4. Requisitos previos del tratamiento..... | 5 |
| 5. Objetivos del tratamiento..... | 6 |
| 6. ¿Cómo abordar el trauma?..... | 7 |
| 7. Formato del tratamiento..... | 8 |
| 8. ¿Tratamiento psicológico o tratamiento farmacológico?..... | 11 |
| 9. Conclusiones..... | 11 |
| Lecturas recomendadas..... | 13 |

1. INTRODUCCIÓN

Los sucesos traumáticos generan terror e indefensión, ponen en peligro la integridad física o psicológica de una persona y dejan a la víctima en tal situación emocional que es incapaz de afrontarla con sus recursos psicológicos habituales.

Cualquier acontecimiento traumático (una agresión sexual, un atentado terrorista, la violencia de pareja, el asesinato de un ser querido, etcétera) supone una quiebra en el sentimiento de seguridad de una persona. El daño psicológico sufrido se refiere, por un lado, a las *lesiones psíquicas* agudas producidas por un suceso violento; y, por otro, a las *secuelas emocionales* que persisten en algunas personas de forma crónica como consecuencia de lo ocurrido y que interfieren negativamente en su vida cotidiana.

Lo que genera habitualmente daño psicológico suele ser la amenaza a la propia vida o a la integridad psicológica, una lesión física grave, la percepción del daño como intencionado y la pérdida violenta de un ser querido. El daño generado suele ser mayor si las consecuencias del hecho violento son múltiples, como ocurre, por ejemplo, en el caso de un atentado con secuelas físicas, en el de un secuestro finalizado con el pago de un cuantioso rescate por parte de la familia de la víctima o en el de un asesinato de una adolescente que ha sido asimismo violada.

En síntesis, el alcance del daño psicológico está mediado por la gravedad del suceso, el carácter inesperado del acontecimiento y el daño físico o grado de riesgo sufrido, la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima, la posible concurrencia de otros problemas actuales (a nivel familiar y laboral, por ejemplo) y pasados (historia de victimización), el apoyo social existente y los recursos psicológicos de afrontamiento disponibles. Todo ello configura la mayor o menor resistencia de la víctima al estrés.

Por ello, no todas las víctimas necesitan una terapia para salir adelante (McNally, 2007). El objetivo de este artículo es analizar los indicadores de intervención psicológica en víctimas de sucesos traumáticos, bien como programas de intervención en crisis o como intervenciones psicológicas más sistematizadas, así como plantear los objetivos propuestos y los tipos de tratamiento aconsejables.

2. INTERVENCIÓN EN CRISIS INMEDIATA

La intervención psicológica temprana en personas que han padecido un suceso traumático tiene como objetivo detectar a las personas de riesgo, evitar la aparición o agravación del trastorno y discriminar a las víctimas necesitadas de las no necesitadas para derivar a las primeras a los dispositivos asistenciales.

Cualquier persona no profesional de la salud mental, como policías, socorristas o bomberos, puede prestar unos *primeros auxilios psicológicos* a las víctimas de un suceso traumático *in situ*. Se trata, fundamentalmente, de aliviar el sufrimiento, atender a las necesidades básicas, contribuir al restablecimiento físico, poner en contacto a la víctima con su red natural de apoyo social, facilitar la reanudación de la vida cotidiana y detectar a las personas de riesgo para derivarlas a los Centros de Salud Mental. De este modo se puede prevenir, al menos en muchos casos, la aparición o cronificación de trastornos psicológicos (Robles y Medina, 2002).

Los objetivos de una intervención en crisis son hacer frente a los síntomas más inmediatos y establecer unas medidas de higiene psicológica, basadas en la regularización de la comida y del sueño, en la recuperación de las rutinas de la vida cotidiana y en la expresión compartida de los sentimientos experimentados con amigos y familiares.

En los días posteriores al suceso traumático las víctimas pueden beneficiarse de una intervención psicológica temprana -que puede ser proporcionada en las Oficinas de Atención a la Víctima- que preste atención a los siguientes aspectos: a) evaluación inicial del daño psicológico, de las variables facilitadoras del trauma (factores predisponentes, precipitantes y mantenedores), del grado de resistencia al estrés, de las estrategias de afrontamiento y, en definitiva, del grado de vulnerabilidad ante el suceso traumático; b) intervención en crisis que permita hacer frente a los síntomas más inmediatos y establecer unas medidas de higiene psicológica, basadas en la regularización de la comida y del sueño, en la recuperación de las rutinas de la vida cotidiana y en la expresión compartida de los sentimientos experimentados con amigos y familiares; y c) derivación a aquellas víctimas que muestren una mayor vulnerabilidad a padecer una cronificación de los síntomas del trastorno por estrés postraumático, o de otros cuadros clínicos, a programas terapéuticos más especializados, como los ofrecidos por los Centros de

Salud Mental. De este modo, se puede prevenir, al menos en muchos casos, la aparición o cronificación de trastornos psicológicos y se pueden contrarrestar las posibles actitudes de odio y venganza.

3. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO POSTERIOR

Más allá de la asistencia inmediata, una víctima de un suceso traumático sólo debe buscar ayuda terapéutica cuando las reacciones psicológicas perturbadoras duran más de 4 a 6 semanas, cuando hay una interferencia negativa grave en el funcionamiento cotidiano (familia, trabajo o escuela) o cuando la persona se siente desbordada por sus pensamientos, sentimientos o conductas (Echeburúa y Corral, 1997; Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996a).

Otra indicación de la conveniencia de la terapia es la negativa de la víctima a hablar con nadie del trauma y la carencia de un apoyo social, bien porque sea ella misma la que se aísla (para evitar el sufrimiento que le produce hablar del suceso traumático, para no molestar a las demás personas con sus problemas, porque su estado anímico se encuentra bajo mínimos, etcétera), o bien porque las personas de su entorno la eviten. En estos casos se corre el riesgo de un aislamiento emocional (relaciones íntimas) y social (red social de apoyo).

El tratamiento debe comenzar de forma lo más inmediata posible en los casos necesitados de terapia. Un tratamiento temprano impide la cronificación de los síntomas y permite a la víctima el restablecimiento de la vida cotidiana.

4. REQUISITOS PREVIOS DEL TRATAMIENTO

Garantizar la seguridad de la víctima es un requisito previo a cualquier intervención terapéutica. Cuando el suceso traumático es prolongado y actual (como ocurre, frecuentemente, en los casos de abuso sexual en la infancia o de violencia doméstica en la mujer), la etapa inicial del tratamiento consiste en establecer un marco de seguridad y de exención de riesgos. Sólo después de que se haya garantizada esta premisa, con las medidas familiares, sociales o judiciales precisas, puede iniciarse propiamente el tratamiento psicológico.

La voluntariedad del tratamiento es otro requisito previo. Hay víctimas que no desean compartir su dolor con personas desconocidas (psicólogos, médicos, personal sanitario, etcétera). Este requisito es importante de tener en cuenta porque, a diferencia de la práctica psicológica habitual, en el caso de los sucesos traumáticos frecuentemente la víctima no busca el tratamiento, sino que es el terapeuta el que se acerca a la víctima ofreciéndole un tratamiento.

5. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Los objetivos fundamentales de la terapia, que debe adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente, son proporcionar alivio inmediato a los síntomas más graves (lo cual puede ser conseguido, a veces, por los psicofármacos), hacer frente al trauma, restaurar en la víctima el sentido básico de seguridad en el mundo y en las personas y facilitar la reintegración social de la víctima en el contexto comunitario (Fernández Millán, 2005; Robles y Medina, 2002).

El plan de tratamiento se debe plantear de forma escalonada con arreglo a una jerarquía de necesidades. En primer lugar, se trata de hacer frente a los síntomas más graves (insomnio, pesadillas, ansiedad intensa, humor depresivo, etcétera). En segundo lugar, hay que abordar el núcleo del trauma (reexperimentación del suceso ocurrido, conductas de evitación y reacciones de sobresalto). Y, por último, se trata de regular las emociones, de recobrar la autoestima y de recuperar la confianza en las demás personas.

Asimismo hay veces en que el objetivo prioritario inicial puede ser abordar problemas actuales o condiciones vitales adversas con el fin de frenar la reactivación o exacerbación del trauma o de hacer frente a estrategias defectuosas para superarlo (por ejemplo, el abuso de alcohol). Otras veces adquieren una prioridad terapéutica otros trastornos mentales relacionados que requieren una intervención inmediata, como ocurre en los casos de depresión grave, con tendencias suicidas, de alcoholismo o de grave fractura familiar. Sólo después de conseguido este objetivo (al menos, parcialmente) se puede enfocar el trauma en sí mismo.

6. ¿CÓMO ABORDAR EL TRAUMA?

Los enfoques clínicos utilizados han oscilado entre un modelo más psiquiátrico, orientado genéricamente al tratamiento de los síntomas (depresión, ansiedad, alteraciones del sueño, etcétera), y un acercamiento más psicoterapéutico, orientado específicamente al tratamiento del trauma (Echeburúa, 2004; Echeburúa y Corral, 2005; Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996b).

Tratar de eludir y enterrar en el olvido una realidad intolerable (el suceso traumático) para mantener el equilibrio emocional y la cohesión social es una reacción protectora natural. Por ello, el silencio y la distracción, junto con el paso del tiempo y la reanudación de la vida cotidiana, constituyen, a veces, una estrategia útil. La víctima prefiere no pensar en la experiencia vivida y no hablar con otras personas de lo ocurrido para no revivir el sufrimiento ni cargar a los demás con su drama.

Sin embargo, no siempre ocurre así ni se obtiene ese resultado con el recurso al olvido. Por ello, si las víctimas presentan síntomas de reexperimentación (pesadillas reiteradas o pensamientos o imágenes recurrentes de las experiencias vividas) o conductas de ira, la evitación cognitiva constituye una estrategia contraindicada. En estos casos, el tiempo no lo cura todo por sí solo y el intento por olvidar los malos recuerdos resulta infructuoso. Si hay reexperimentación o irritabilidad manifiesta, se trata, en cierto modo, de un *asunto no cerrado*.

En estos casos exponerse a las imágenes del suceso traumático bajo el control del terapeuta (es decir, pensar y hablar sobre el suceso) ayuda a digerir emocionalmente el empacho emocional que una persona ha sufrido. Así, recordar y verbalizar lo ocurrido de forma prolongada y sistemática en un ambiente de apoyo facilita la transformación de las imágenes caóticas y fragmentadas del trauma, mantenidas en la *memoria emocional*, en sucesos ordenados espacial y temporalmente bajo el control de la *memoria verbal*. En cierto modo, se trata de poner nombre a lo que la víctima ha vivido, de modificar los pensamientos distorsionados y de guardar los recuerdos en el archivador correspondiente para que la persona pueda ejercer un cierto control sobre ellos. Es en este proceso de transformación de las vivencias en recuerdos y en la reintegración de éstos, ya digeridos, en la biografía de la persona cuando la víctima puede experimentar un

alivio de los síntomas y una recuperación de la capacidad de control (Ehlers, Clark, Hackman *et al.*, 2003).

Una variante de la exposición es la *desensibilización por medio del movimiento ocular y el reprocesamiento* (Shapiro, 1995), que consta de dos componentes: exposición en imaginación y movimientos sacádicos (rápidos y rítmicos) de los ojos. Se trata de hacerle recordar al sujeto los pensamientos traumáticos al tiempo que, con la cabeza inmóvil, sigue con la vista los movimientos laterales en vaivén, repetidos en diferentes secuencias de 10 a 25 veces, del dedo índice del terapeuta, que está situado a 30 cm de su cara y que recorre todo el arco visual del sujeto. A continuación el paciente debe dejar la mente en blanco y tomar aire profundamente. El tratamiento consta de 3/5 sesiones de 90 minutos de duración. Según Shapiro (1995), los movimientos oculares laterales facilitan la iniciación del procesamiento cognitivo del trauma por parte del paciente.

Las bases teóricas de esta técnica son, sin embargo, confusas y poco consistentes. No hay una evidencia clara de la eficacia de esta técnica más allá del componente de exposición y de reprocesamiento de la información (y quizá del componente hipnótico y de sugestión) que implica (Foa, Keane y Friedman, 2003).

En resumen, hablar del trauma es bueno para las personas que necesitan hacerlo, siempre que no se haga de forma reiterada para que no distraiga de la atención necesaria a los hechos presentes y futuros y no produzca rechazo en los demás. Pero para las que no lo necesitan, la disposición activa al olvido y la implicación en actividades gratificantes pueden ser suficientes. En estos casos las nuevas vivencias tienden a debilitar a las antiguas.

7. FORMATO DEL TRATAMIENTO

Más que en otros casos, las víctimas de un trauma pueden beneficiarse de la actuación conjunta de un tratamiento individual orientado a las necesidades específicas de cada una de ellas y de una terapia grupal generadora de una cohesión social y de unas estrategias adecuadas de solución de problemas (Echeburúa, 2004; Wainrib y Bloch, 2001).

El apoyo individual es necesario, pero puede resultar insuficiente para hacer frente a los problemas interpersonales planteados. Los beneficios obtenidos con un enfoque grupal pueden ser los siguientes: a) superar la resistencia de las víctimas a hablar del suceso traumático o la tendencia a hacerlo con una desconexión emocional entre lo ocurrido y lo sentido; b) explicar y comentar las consecuencias psicológicas de un hecho traumático, así como señalar la *normalidad* de las reacciones experimentadas ante un hecho *anormal*; c) romper el aislamiento a nivel familiar y social, que es consecuencia, a su vez, de la incapacidad para hablar emocionalmente del acontecimiento traumático; d) aprender estrategias de afrontamiento a partir de la experiencia de personas que sufren el mismo tipo de dificultades; e) adquirir una motivación para el cambio y un aumento de confianza en los propios recursos a través de los logros de los demás; y f) ayudar a los demás miembros del grupo, lo cual contribuye a la recuperación de la autoestima. Por otra parte, la pertenencia al grupo puede contribuir a reducir el victimismo o la rabia por el sentimiento de abandono que aparecen con frecuencia en este tipo de víctimas.

En concreto, el tratamiento de grupo puede estar especialmente indicado cuando una persona es víctima de un trauma complejo y resistente al cambio. Estos casos suelen ser más frecuentes cuando el suceso ha sido extraordinariamente cruel, cuando ha supuesto una revictimización o cuando viene precedido de una exposición precoz a la violencia en la infancia.

El objetivo de algunos grupos (denominados *grupos de apoyo*) es ofrecer asistencia a la víctima para conseguir el bienestar personal y servir de ayuda para el afrontamiento de los problemas actuales. Estos grupos, que responden frecuentemente al formato de autoayuda, son *abiertos*, lo que quiere decir que se pueden incorporar nuevos miembros en cualquier momento del proceso. En otros grupos (denominados *grupos enfocados al trauma*), en cambio, se afronta específicamente el trauma, a base de exponer prolongada y sistemáticamente a la víctima a las imágenes del suceso sufrido y de modificar los pensamientos distorsionados relacionados con el trauma. En este último caso los grupos, guiados por uno o dos terapeutas, deben ser *cerrados*: los miembros deben ser los mismos, excepto que haya algún abandono, desde el principio hasta el fin de la terapia.

Las indicaciones y contraindicaciones para la terapia de grupo figuran expuestas en la *tabla 1*.

TABLA 1
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA INTERVENCIÓN EN
CRISIS GRUPAL

(Echeburúa, Corral y Amor, 2007)

| <i>Indicaciones</i> |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Capacidad para establecer relaciones interpersonales de confianza• Experiencias traumáticas similares a las de los otros miembros del grupo• Compatibilidad de sexo, de edad y de nivel cultural con los otros miembros del grupo• Estilo de vida relativamente estable• Aceptación de las normas de confidencialidad |
| <i>Contraindicaciones</i> |
| <ul style="list-style-type: none">• Tendencias suicidas activas o estado de ánimo muy deprimido• Conductas agresivas• Abuso de alcohol o de drogas• Ideas delirantes o alucinaciones activas• Pleitos pendientes |

Los grupos deben ser relativamente homogéneos en cuanto al tipo de traumas abordados y en cuanto al perfil de sus miembros, con un número aproximado de ambos sexos y unas edades similares. La cantidad de los componentes del grupo puede oscilar entre 5 y 10 personas. Este número supone un equilibrio entre la diversidad de problemas para abordar y la necesidad de una atención individualizada a las preocupaciones específicas de cada miembro. Todos los

componentes del grupo deben aceptar la exigencia de confidencialidad de lo tratado en la sesión, así como cumplir las normas básicas de funcionamiento (asistencia a las sesiones, puntualidad, etcétera).

8. ¿TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO?

La terapia para el trauma es, fundamentalmente, psicológica. Sin embargo, hay ocasiones en que los psicofármacos constituyen una ayuda complementaria para hacer frente a la vida cotidiana y para potenciar la terapia psicológica. Un indicador de la conveniencia de un tratamiento psicofarmacológico es la afectación grave del funcionamiento diario y la presencia de alteraciones clínicas específicas relacionadas con el trauma, como la depresión severa, o de síntomas psicopatológicos intensos, como la impulsividad, la labilidad afectiva, la irritabilidad, la ideación suicida o el insomnio grave, especialmente cuando se mantienen más allá de un mes después de haber sufrido el acontecimiento traumático (Friedman, Davidson, Mellman y Southwick, 2003).

En concreto, los antidepresivos, sobre todo los inhibidores de la recaptación de la serotonina, han sido los fármacos más utilizados en el trastorno por estrés postraumático. Estos fármacos regulan el funcionamiento del sistema serotoninérgico, que se puede encontrar alterado en las víctimas de un trauma. La sertralina (nombres comerciales: *Besitrán*, *Aremis*), con una dosificación de 50 a 200 mg/día, es, probablemente, el antidepresivo más adecuado en este cuadro clínico. Estos fármacos actúan probablemente más sobre los síntomas asociados al trauma (depresión, impulsividad, pensamientos obsesivos, irritabilidad, etcétera) que sobre el trauma propiamente dicho, pero lo cierto es que en algunos casos, sobre todo en las semanas posteriores al suceso traumático, contribuyen a reducir los síntomas que interfieren negativamente en la reanudación de la vida cotidiana y, en definitiva, a mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de la víctima.

9. CONCLUSIONES

Los sucesos más traumáticos (las agresiones sexuales, la violencia de pareja, los atentados terroristas, etcétera) dejan frecuentemente secuelas emocionales

crónicas y hacen a las personas más vulnerables a los trastornos mentales y a las enfermedades psicosomáticas (Baca y Cabanas, 2003; Echeburúa, 2004).

En cuanto al tratamiento, el *“debriefing”* psicológico es muy popular, pero los resultados obtenidos no son satisfactorios y no está justificada, por ello, su práctica habitual. La terapia de exposición (en imaginación, a los pensamientos invasivos; *en vivo*, a los estímulos evitados) parece la más efectiva para hacer frente al trauma. No obstante, las personas traumatizadas con niveles muy altos de evitación son muy reacias a exponerse a los recuerdos traumáticos. En estos casos la motivación para el tratamiento e incluso la implicación en tareas terapéuticas dolorosas, como la evocación y exposición a los sucesos traumáticos, sólo pueden darse cuando la víctima hay una buena relación terapeuta-paciente y la víctima se siente preparada para ello. La *escucha activa* en un ambiente tranquilo, de máxima confidencialidad, y la expresión de emociones desempeñan un papel especialmente importante.

Un tratamiento psicológico requiere el establecimiento de una relación de empatía, de confianza básica, entre el paciente y el terapeuta. Por ello, hay que ser especialmente respetuoso con el sistema de creencias de la víctima, lo que supone una actitud de neutralidad por parte del terapeuta y una renuncia a utilizar a la víctima para otro tipo de objetivos.

Por último, el autocuidado del terapeuta -en forma de trabajo en equipo, por ejemplo- desempeña un papel muy importante cuando se trata a víctimas aquejadas de diversos tipos de traumas porque una labor clínica continuada con este tipo de pacientes puede ser psicológicamente desestabilizadora (Foa *et al.*, 2003).

LECTURAS RECOMENDADAS

Avia, M.D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.

Baca, E. y Cabanas, M.L. (Eds.) (2003). *Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos*. Madrid: Triacastela.

Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E. y Corral, P. (2001). El duelo normal y patológico. En W. Astudillo, E. Clavé y E. Urdaneta (Eds.). *Necesidades psicosociales en la terminalidad*. San Sebastián. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.

Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (2007). Tratamiento psicológico en las fases tempranas del trastorno de estrés postraumático. En J.L. Vázquez-Barquero y A. Herrán (Eds.). *Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Trastornos de ansiedad*. Barcelona: Elsevier/Masson.

Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, A. (2002). *Intervención en crisis*. Madrid: Síntesis.

Foa, E.B., T.M. Keane, T.M. y M.J. Friedman, M.J. (Eds.) (2003). *Tratamiento del estrés postraumático*. Barcelona: Ariel.

Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (2007). *Consenso: Evaluación y tratamiento del trastorno por estrés postraumático*. Madrid. Ars Médica.

García-Vera, M.P., Labrador, F.J. y Larroy, C. (2008). *Ayuda psicológica a las víctimas de atentados y catástrofes*. Madrid. Universidad Complutense de Madrid.

Lee, C. (1995). *La muerte de los seres queridos. Cómo afrontarla y superarla*. Barcelona. Plaza Janés.

Pérez Sales, P., Fernández-Liria, A. y Rodríguez Vega, A. (2006). *Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora*. Bilbao. Desclée de Brouwer.

Rojas Marcos, L. (2002). *Más allá del 11 de septiembre. La superación del trauma*. Madrid: Espasa Calpe.

Sabouraud-Séguin, A. (2003). *Cómo superar un trauma psicológico*. Madrid. Síntesis.

Trujillo, M. (2002). *Psicología para después de una crisis*. Madrid: Aguilar.

Villa, I. (2004). *Saber que se puede. Recuerdos y reflexiones de una víctima de terrorismo*. Barcelona. Martínez Roca.

Wainrib, B.R. y Bloch, E.L. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Worden, J.W. (1998). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona. Paidós.