

INTERVENCIÓN EN CRISIS EN VÍCTIMAS DE SUCESOS TRAUMÁTICOS: ¿CUÁNDO, CÓMO Y PARA QUÉ?

Enrique Echeburúa y Paz de Corral
Universidad del País Vasco (España)

Resumen

Las víctimas de sucesos traumáticos pueden sufrir un estrés severo que puede dar lugar a un conjunto de síntomas disociativos y ansioso-depresivos. El trauma puede interferir negativamente en la calidad de vida de la persona y afectarle en su vida cotidiana y en las relaciones sociales. Si los síntomas se mantienen más allá del primer mes, puede desarrollarse un trastorno por estrés postraumático. La intervención en crisis tiene por objetivo crear un entorno seguro a la víctima y ofrecerle apoyo, así como evaluar las estrategias de afrontamiento y las redes de apoyo familiar y social de la víctima. La intervención inmediata con las víctimas (el "debriefing" psicológico) tiene como objetivo ayudarles a ventilar las emociones y a detectar personas que pueden requerir una intervención clínica posterior. A pesar de su popularidad, los resultados del "debriefing" para prevenir las reacciones psicopatológicas postraumáticas no son alentadores. Sin embargo, es de gran interés establecer métodos de detección para identificar a las personas vulnerables y desarrollar programas terapéuticos tempranos. Los puntos abordados en la terapia incluyen la necesidad de corregir las creencias distorsionadas y de abordar las reacciones fóbicas y los sentimientos de culpa, así como de reorganizar la red de apoyo familiar y social. Se comentan en el artículo estos nuevos enfoques, así como los factores predictivos de recuperación y de fracaso terapéutico.

PALABRAS CLAVE: *intervención en crisis, víctimas, trauma.*

Abstract

Victims of traumatic events are subject to severe stress and disruption and may manifest a pattern of dissociative and anxiety/depression symptoms. The trauma may impair the person's quality of life and disrupt social and other functioning. If symptoms last longer than a month after the traumatic event, posttraumatic stress disorder may ensue. Crisis intervention is focused on ensuring safety and providing support, including assessment of coping resources and support networks. The role of early psychological debriefing to prevent psychopathology following a trauma-

tic event is to help victims ventilate emotions and to detect individuals who require more complex intervention. Despite its popularity, there is no convincing evidence that psychological debriefing diminishes the incidence of posttraumatic psychopathology. However it may be very interesting to develop screening methods to identify individuals at most risk for posttraumatic psychopathology and to develop early treatment methods. The issues addressed in therapy include the need to correct unrealistic expectations, to deal with guilt and phobic reactions as well as family and network reorganization. These new approaches, as well as predictive factors of recovery and of poor prognosis, are discussed.

KEY WORDS: *crisis intervention, victims, trauma.*

Introducción

Víctima es todo ser humano que sufre un malestar emocional a causa del daño intencionado provocado por otro ser humano. Junto al elemento *objetivo* (el suceso traumático), hay un componente *subjetivo* (las emociones negativas). Estas reacciones emocionales (miedo intenso, depresión, rabia, sensación de inseguridad, problemas en las relaciones interpersonales, embotamiento afectivo, etc.) son muy variables de unas víctimas a otras. Hay casos, incluso, en que las víctimas pueden dotar a su vida de un nuevo significado e incluso desarrollar emociones positivas en situaciones muy estresantes (Pelechano, 2007; Tedeschi y Calhoun, 2004).

Sin embargo, lo más habitual es que los sucesos traumáticos desborden la capacidad de respuesta de una persona, que puede sentirse sobrepasada para hacer frente a las situaciones que se ve obligada a afrontar. En estos casos la persona es incapaz de adaptarse a la nueva situación y puede sentirse indefensa y perder la esperanza en el futuro, lo que le impide gobernar con éxito su propia vida y es fuente de problemas adicionales (malestar emocional, abuso del alcohol, dificultades en las relaciones interpersonales e interferencia negativa en la actividad laboral o académica). En general, el daño intencional tiene un impacto psicológico mucho más significativo en la víctima que los accidentes o los diversos tipos de catástrofes (Echeburúa, 2004; Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2002).

La reacción de la víctima, según el paradigma de Lazarus y Folkman (1984), depende de parámetros objetivos relacionados con acontecimientos estresantes externos (tales como la intensidad, la duración y la acumulación de sucesos de vida estresantes), pero también de la evaluación cognitiva de la víctima en relación con los recursos psicológicos (intra e interpersonales) disponibles para hacer frente a los eventos estresantes.

Al margen de la evaluación cognitiva, la vulnerabilidad de la víctima para desarrollar reacciones negativas postraumáticas está relacionada con una fragilidad emocional previa, con una historia anterior de sucesos traumáticos, con la existencia de una psicopatología familiar, con la presencia de reacciones disociativas durante el suceso traumático y con la inexistencia de una red de apoyo familiar y social (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002; Echeburúa, 2007a).

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 (Tablas 1 y 2) (Echeburúa, Corral y Amor, 2007).

Objetivamente una víctima va a serlo para siempre. Pero por lo que se refiere al componente subjetivo, que es el que resulta más significativo psicológicamente, las víctimas deben dejar de ser víctimas lo antes posible, como el depresivo o el cardiópata deben dejar de serlo. La identidad de víctima a perpetuidad es contra-productiva porque prolonga el duelo de los afligidos y los lastra para comenzar un nuevo capítulo de su vida. De lo que se trata, en definitiva, es de que la víctima comience de nuevo a *vivir* y no meramente se resigne a *sobrevivir* (Rojas Marcos, 2002).

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.

Trastorno por estrés agudo

Las reacciones psicológicas a un acontecimiento traumático varían en función de la mayor o menor proximidad temporal al suceso. Por ello, en el *DSM-IV-TR* se han categorizado, por un lado, el trastorno por estrés agudo, cuando la sintomatología clínica emerge en las cuatro primeras semanas tras el acontecimiento; y, por otro, el trastorno por estrés postraumático, que se diagnostica sólo cuando ha transcurrido más de un mes del suceso.

El trastorno por estrés agudo es una reacción postraumática intensa, que desborda la capacidad de afrontamiento de la persona y que se caracteriza fundamentalmente por la presencia de síntomas disociativos, como el embotamiento emocional, el aturdimiento, la extrañeza respecto a la realidad, la despersonalización y la amnesia disociativa, que lleva consigo la incapacidad para recordar aspectos significativos del suceso traumático. Asimismo las personas afectadas experimentan síntomas de reexperimentación del suceso, conductas de evitación y síntomas intensos de ansiedad. Todo ello genera un malestar clínico significativo e interfiere negativamente en su vida cotidiana.

A los sucesos traumáticos suele estar asociada la amnesia disociativa, que consiste en la imposibilidad de recordar la información relacionada con el acontecimiento negativo y que no puede ser atribuida a las leyes naturales del olvido. La existencia de este tipo de amnesia puede explicarse por los sentimientos de vergüenza o de culpabilidad experimentados y por la tendencia a olvidar hechos desagradables, así como por una percepción deformada de lo ocurrido. La amnesia

Tabla 1.
Variables facilitadoras del trauma (Echeburúa, Corral y Amor, 2007)

<i>Factores predisponentes (pretrauma)</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Psicopatología previa personal o familiar • Exposición previa a traumas • Personalidad vulnerable • Estrés acumulativo
<i>Factores precipitantes (suceso traumático)</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de suceso traumático (intencionalidad) • Gravedad del suceso traumático (modelo dosis/efecto o modelo dosis/dependiente)
<i>Factores mantenedores (postrauma)</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Anclaje en el pasado • Hacerse preguntas sin respuesta o buscar explicaciones imposibles de obtener • Necesidad de buscar culpables • Negación cognitiva o emocional del suceso

Tabla 2.
Factores de vulnerabilidad personal ante un suceso traumático
(Echeburúa, Corral y Amor, 2007)

<i>Biográficos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Historia de victimización en la infancia (abuso sexual, malos tratos, etc.). • Antecedentes de otros sucesos traumáticos en el pasado.
<i>Psicobiológicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Elevado grado de neuroticismo. • Baja resistencia al estrés.
<i>Psicológicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Escasos recursos de afrontamiento. • Mala adaptación a los cambios. • Inestabilidad emocional previa.
<i>Psicopatológicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos psiquiátricos anteriores (trastornos adictivos, del estado de ánimo, de ansiedad, de personalidad, etc.). • Rigidez cognitiva o personalidad obsesiva.
<i>Socofamiliares</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de apoyo familiar. • Falta de apoyo social.

disociativa tiene, sin embargo, unos efectos negativos: impide la expresión emocional del suceso, evita el apoyo social adicional que se da en estos casos, bloquea la reevaluación cognitiva de lo ocurrido y, en último término, facilita las conductas de evitación (Echeburúa y Corral, 2005).

Todo ello lleva a una interferencia significativa en el funcionamiento social y laboral, a una pérdida de interés por lo que anteriormente resultaba atractivo desde el punto de vista lúdico e interpersonal y —lo que supone una limitación muy importante— a un cierto embotamiento afectivo para recibir y expresar sentimientos de intimidad y ternura.

Este trastorno aparece con más frecuencia en víctimas vulnerables, pero también puede aparecer en personas sin ningún factor predisponente, sobre todo cuando el suceso resulta muy traumático. La detección de las reacciones postraumáticas en esta fase temprana posibilita la identificación de las personas en riesgo de padecer un trastorno por estrés postraumático ulterior y el establecimiento de unas estrategias de intervención profiláctica encaminadas a evitar la cronificación del trastorno (Echeburúa, 2007b; McNally, 2007).

¿Cuándo es necesario el tratamiento?

Hay personas que han sufrido un suceso traumático y que, sin embargo, no necesitan un tratamiento psicológico o farmacológico. El equilibrio psicológico previo, el transcurso del tiempo, la atención prestada a los requerimientos de la vida cotidiana y el apoyo familiar y social contribuyen muchas veces a digerir el trauma. De este modo, estas personas, aun con sus altibajos emocionales y con sus recuerdos dolorosos, son capaces de trabajar, de relacionarse con otras personas, de disfrutar de la vida diaria y de implicarse en nuevos proyectos (Avia y Vázquez, 1998; Tedeschi y Calhoun, 2004).

Por el contrario, otras personas se encuentran atrapadas por el suceso sufrido, no recuperan sus constantes biológicas en relación con el sueño y el apetito, viven atormentadas con un sufrimiento constante, tienen dificultades para controlar sus emociones y sus pensamientos, se aíslan socialmente y se muestran incapaces de hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana, adoptando a veces conductas contraproducentes (beber en exceso, comer más o menos de la cuenta, automedicarse, etc.). Son estas personas las que, al sentirse desbordadas por el trauma, requieren una ayuda específica psicológica y, en algunos casos, también farmacológica (Wainrib y Bloch, 2001).

Entre estas personas necesitadas de ayuda se encuentran especialmente aquellas que cuentan con antecedentes psicopatológicos, que han sufrido secuelas graves (por ejemplo, tras un atentado terrorista), que se sienten solas, que tienen hijos pequeños a su cargo, que quedan en unas condiciones económicas precarias o que son inmigrantes en una situación irregular o inestable (Echeburúa, 2007b).

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.

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 (Robles y Medina, 2003).

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 aisle (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, etc.), 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).

Intervención en crisis

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.

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, etc.). 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.

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, 2003).

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, etc.). 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

(p.ej, 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.

El "debriefing" psicológico

El "debriefing" psicológico consiste en una breve intervención inmediata que se ofrece a las personas que han estado expuestas a un acontecimiento traumático, habitualmente en el mismo lugar de los hechos, y que tiene como objetivo prevenir alteraciones psicopatológicas posteriores, especialmente el trastorno por estrés post-traumático (Mitchell y Everly, 2001).

La característica principal de esta intervención, que tiene lugar frecuentemente en un entorno grupal de personas que han sufrido el mismo suceso, es facilitar la ventilación de las emociones de las víctimas y analizar sus pensamientos, sentimientos y conductas con un profesional formado, que, a su vez, ofrece psicoeducación sobre las respuestas *normales* a un suceso traumático y hace ver el carácter *no patológico* de estas reacciones en una situación crítica *anormal*. Se trata, en último término, de facilitar un procesamiento emocional adecuado del trauma y de sugerir algunas estrategias de afrontamiento para hacer frente a esta situación de estrés, así como de aprovecharse del apoyo ofrecido por el marco grupal.

Esta intervención suele ser bien acogida por las víctimas, pero los resultados empíricos obtenidos hasta la fecha en cuanto a su eficacia para prevenir el posterior desarrollo de secuelas psicológicas en los supervivientes de un suceso traumático son poco alentadores (Bisson, McFarlane y Rose, 2003; McNally, 2007). No se justifica, por ello, la implantación rutinaria de este tipo de intervención en las víctimas de sucesos catastróficos. Además, hay víctimas que no desean ventilar sus emociones con personas desconocidas y que buscan exclusivamente las redes naturales de apoyo social (familia, amigos, etc.).

El "debriefing" sólo tiene sentido si se amplían los objetivos de esta intervención a la detección de los casos de riesgo y al diagnóstico del trastorno por estrés agudo. En este caso lo que debe hacerse, en nuestra opinión, es no considerar al "debriefing" como una sesión aislada grupal llevada a cabo por un monitor en el escenario de los hechos inmediatamente después del suceso, sino integrarlo, como una primera etapa, en un programa de salud mental amplio que cuenta con diversas fases en el tratamiento del trauma.

¿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, etc.), y un acercamiento más psicoterapéutico, orientado espe-

cíficamente 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 *et al.*, 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.

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 aparece 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.

Las indicaciones y contraindicaciones para la terapia de grupo figuran expuestas en la Tabla 3.

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

Tabla 3.

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

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, etc.).

¿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 grave, 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 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, etc.) 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.

Factores predictores de recuperación

Indicadores positivos de recuperación

Una primera señal de recuperación básica es que la persona recobre las constantes biológicas en relación con el sueño y el apetito. Asimismo un indicador positivo del proceso de mejoría de la víctima es cuando se recupera la expresión verbal de los sentimientos y se pone orden en el caos de las imágenes y recuerdos del suceso traumático. A veces, y más allá de las palabras, la reaparición de expresiones de afecto gestuales, como sonrisas, o físicas, como abrazos o besos, es una señal de

recuperación, como lo es también la implicación en las actividades lúdicas cotidianas y el establecimiento de nuevas metas.

Se consigue a veces transformar el odio o el dolor en energía positiva cuando se cuenta con una red de apoyo social, se forma parte de un grupo solidario o se recurre a la espiritualidad en busca de consuelo. En este sentido los grupos de autoayuda pueden desempeñar un papel muy significativo, pero sólo para algunas personas. De hecho, hay víctimas que se recuperan mejor del trauma cuando cuentan con la ayuda de su red de apoyo social natural, sin necesidad de estar integrados en ese tipo de grupos. En estos casos los grupos de autoayuda, en la medida en que está presente en ellos de forma permanente el dolor de lo sucedido a otras personas, pueden constituir una rémora en su proceso de recuperación.

En definitiva, un trauma se supera cuando la persona, aun con dolor, es capaz de integrar el suceso traumático como algo pasado que forma parte de su historia personal, sin la presencia excesiva de emociones negativas (como odio, rabia o impotencia), puede vivir con normalidad el día a día y utiliza unas estrategias de afrontamiento positivas.

Indicadores negativos de recuperación

En general, los factores más problemáticos para la recuperación de la víctima son la inestabilidad emocional anterior al suceso y la duración prolongada de la exposición a los estímulos traumáticos, como sucede, por ejemplo, en las situaciones de abuso sexual intrafamiliar en la infancia.

Cuando ocurre un suceso traumático, el riesgo más alto de sufrir una cronificación de los síntomas es cuando las personas muestran respuestas de embotamiento afectivo (*anestesia emocional*) y cuando las reacciones postraumáticas agudas son muy intensas. Aunque las conductas de sobresalto y de hiperactivación pueden ser las más espectaculares en los primeros momentos, lo peor que le puede suceder a una persona afectada por un suceso de este tipo es que pierda su capacidad de atender y responder emocionalmente a su entorno habitual.

Son asimismo indicadores negativos de recuperación el haber sido hospitalizado por heridas relacionadas con el suceso traumático y el haber padecido un trastorno ansioso-depresivo grave, así como haber sido victimizado anteriormente y haber mostrado una mala capacidad de adaptación a diferentes situaciones en la vida anterior.

Pero, en general, la evolución de la recuperación depende de las estrategias de afrontamiento utilizadas para superar el trauma. En concreto, el pronóstico es más sombrío cuando la víctima, en lugar de encarar el problema adecuadamente, adopta estrategias de afrontamiento negativas (como beber alcohol en exceso, automedicarse con tranquilizantes o volcarse en el trabajo de una forma compulsiva), se refugia en el pasado o alienta sentimientos intensos de odio o de venganza.

Más en concreto, el fracaso del tratamiento psicológico puede estar ligado a factores diversos. A veces se relaciona con el trauma en sí mismo (que sea extremo, que haya revictimización, o que ocurra en un período crítico del desarrollo, etc.),

pero otras veces el fracaso depende de otros factores, como la aparición conjunta de diversos trastornos mentales, la cronicidad del suceso traumático, la aparición de circunstancias vitales adversas (divorcio, pérdida de empleo, etc.), la persistencia de secuelas físicas que impiden retomar la vida anterior, la inobservancia de las prescripciones terapéuticas o la relación inadecuada con el terapeuta (Shalev, Friedman, Foa y Keane, 2003).

Conclusiones

Los sucesos más traumáticos (las agresiones sexuales, la violencia de pareja, los atentados terroristas, etc.) 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).

Sin embargo, muchas personas se muestran *resistentes* a la aparición de miedos intensos, de gravedad clínica, tras la experimentación de un suceso traumático y son capaces de retomar la vida cotidiana y de disfrutar de otras experiencias positivas (Avia y Vázquez, 1998; Rojas Marcos, 2002; Trujillo, 2002). A un nivel predictivo global, la evolución de los síntomas a la remisión o a la cronificación puede depender de la existencia de un trastorno psicopatológico previo, de la percepción de control sobre los sucesos negativos, de la intensidad y gravedad de eventos estresantes, de la presencia temprana de síntomas disociativos y del apoyo psicológico y social recibido durante y después del suceso traumático (Foa, Keane y Friedman, 2003).

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 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.

Algunas emociones son predictoras de la eficacia del tratamiento de exposición en imaginación a los recuerdos traumáticos. En concreto, el miedo —incluso el horror— responde bien al tratamiento; por el contrario, la ira y la venganza o la culpa responden peor al tratamiento. La reestructuración cognitiva puede ser útil en estos casos como ayuda complementaria.

Un reto de futuro es detectar a las personas realmente necesitadas de tratamiento, establecer programas eficaces protocolizados de intervención para víctimas de distintos tipos de sucesos traumáticos e integrar los recursos terapéuticos existentes (Centros de Salud Mental, Asociaciones de Víctimas, asistencia privada, etc.).

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).

Referencias

- Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 227-246.
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Baca, E. y Cabanas, M. L. (2003). *Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos*. Madrid: Triacastela.
- Bisson, J. I., McFarlane, A. C. y Rose, S. (2003). Desahogo psicológico. En E. B. Foa, T. M. Keane y M. J. Friedman (dirs.), *Tratamiento del estrés postraumático* (pp. 57-79). Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. (2007a). Treatment guidelines for victims of terrorism: a comprehensive approach. En S. Begeç (dir.), *The integration and management of traumatized people after terrorist attacks* (pp. 108-118). Amsterdam: IOS Press (Nato Science Series).
- Echeburúa, E. (2007b). A tres años del 11-M. Criterios de actuación en el tratamiento psicológico de las víctimas de terrorismo. *Papeles del Colegio (Infocop)*, 32, 24-27.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1997). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*, 3, 249-264.
- 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 (dirs.), *Terapia psicológica: casos prácticos* (pp. 159-178). Madrid: Pirámide.
- 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 (dirs.), *Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Trastornos de ansiedad* (pp. 133-141). Barcelona: Elsevier/Masson.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996a). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 627-654.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996b). Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: An experimental study. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 185-199.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C. *et al.* (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1024-1032.

- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, A. (2002). *Intervención en crisis*. Madrid: Síntesis.
- Fernández Millán, J. M. (2005). *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Madrid: Pirámide.
- Foa, E. B., Keane, T. M. y Friedman, M. J. (2003). *Tratamiento del estrés postraumático*. Barcelona: Ariel.
- Friedman, M. J., Davidson, J. R., Mellman T. A. y Southwick, S. M. (2003) Farmacoterapia. En E. B. Foa, T. M. Keane y M. J. Friedman (dirs.), *Tratamiento del estrés postraumático* (pp. 107-130). Barcelona: Ariel.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer.
- McNally, R. J. (2007). Psychological debriefing and its alternatives. En S. Begeç (dir.), *The integration and management of traumatized people after terrorist attacks* (pp. 119-131). Amsterdam: IOS Press (Nato Science Series).
- Mitchell, J. T. y Everly, G. S. (2001). *Critical incident stress management: An operations manual for CISD, defusing and other group crisis intervention services* (3ª ed.). Ellicott City, MD: Chevron Publishing Corporation.
- Pelechano, V. (2007). Viejas y nuevas cuestiones en las viejas y nuevas terapias psicológicas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 71-90.
- Robles, J. I. y Medina, J. L. (2003). *Intervención psicológica en las catástrofes*. Madrid: Síntesis.
- Rojas Marcos, L. (2002). *Más allá del 11 de septiembre. La superación del trauma*. Madrid: Espasa Calpe.
- Shalev, A. Y., Friedman, M. J., Foa, E. B. y Keane, T. M. (2003). Integración y resumen. En E. B. Foa, T. M. Keane y M. J. Friedman (dirs.), *Tratamiento del estrés postraumático* (pp. 423-446). Barcelona: Ariel.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (2004). A clinical approach to posttraumatic growth. En P. A. Linley y S. Joseph (dirs.), *Positive psychology in practice* (pp. 405-419). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Trujillo, M. (2002). *Psicología para después de una crisis*. Madrid: Aguilar.
- Wainrib, B. R. y Bloch, E. L. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma*. Bilbao: Desclée de Brouwer.