

TRATAMIENTO DE CLIENTES CON TRASTORNOS DE ESTRES POST-TRAUMÁTICO: UN ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

Donald Meichenbaum
University of Waterloo

This article outlines a model of therapeutic intervention for the treatment of clients with post traumatic stress disorder resulting from traumatic events that have arisen from natural or intentional-human design disasters. This article examines the different types of traumatic events, the most frequent responses to these types of events, the different alterations associated with them and the strategies and cognitive restructuring treatment procedures that can be applied to these cases on an individual or group basis.

DIFERENTES TIPOS DE HECHOS TRAUMÁTICOS

1.- Para empezar consideremos los diferentes tipos de hechos traumáticos naturales o intencionados que pueden contribuir al trastorno de estrés post-traumático (*post-traumatic stress disorder* (PTSD)). Estos pueden tomar las siguientes formas:

A) *Hecho traumático simple* (peligroso, perjudicial, amenazador, a menudo imprevisto y abrumador para casi todo el mundo).

(1) desastres naturales: huracanes, tornados, inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, relámpagos.

(2) desastres accidentales: coche, tren, avión, incendio, explosión, accidente nuclear.

(3) desastres causados deliberadamente/de diseño humano intencional (*intentional-human design* (IHD)): bombardeo, disparos, violación, atentado terrorista, toma de rehenes, agresión y asalto, robo, accidente industrial.

B) *Trauma repetido prolongado*

(1) natural: exposición a la radiación, erupciones volcánicas, enfermedad.

(2) ejecución humana intencional (*intentional-human design* (IHD)): toma de rehenes, prisioneros políticos, POW, victimización tal como el abuso sexual de niños, síndrome de agresión, el Holocausto, acoso sexual.

C) *Exposición indirecta* (especialmente en el caso de los niños).

(1) Por ejemplo, los hijos de los supervivientes del Holocausto o de los veteranos del Vietnam pueden mostrar dificultades de adaptación “contagiosas”. El nivel de los síntomas del PTSD de los padres predice el nivel de síntomas de PTSD de los hijos. En los Estados Unidos, se ha estimado que un millón de niños son víctimas de la “victimización secundaria” como resultado de repetidas exposiciones a un padre con PTSD crónico (Hiley-Young, et al., 1993).

(2) Exposición a la experiencia traumática de perder a alguien muy cercano pueden también llevar a síntomas del PTSD.

2.- Terr (1991) distingue entre los hechos traumáticos de Tipo I y Tipo II:

A) *Traumas Tipo I*

(1) hechos traumáticos simples

(2) experiencias traumáticas aisladas

(3) hechos repentinos inesperados y devastadores

(4) duración limitada

(5) desastres naturales, accidentes de coche

(6) los hechos se graban indeleblemente en la mente del individuo (recordados con detalle)

(7) con más probabilidades de conllevar síntomas de ideación intrusiva, evitación, y síntomas de un hiperactividad

(8) recuperación rápida más probable

B) *Traumas Tipo 2*

(1) traumas variables, múltiples, crónicos y permanentes.

(2) con más probabilidad de pertenecer al ejecución humana intencional

¿CUAL ES LA HISTORIA DEL CONCEPTO DEL PTSD?

Históricamente, el PTSD ha recibido distintos nombres entre ellos: Nostalgia (en la Guerra Civil), Corazón de Soldado, Trauma Físico, Fisioneurosis, Neurosis de Ansiedad, Agotamiento Nervioso, Síndrome de Da Costa, Corazón Irritable, Síndrome del Esfuerzo, Astenia Neurocirculatoria, Shock de la Bomba (en la Primera Guerra Mundial), Fatiga de Combate (en la Segunda Guerra Mundial), Trastornos de Estrés (en la guerra de Corea), Neurosis Traumática, Shock Nervioso, Reacciones Notorias de Estrés y Trastornos Situacionales Transitorios, Síndrome del Superviviente, Síndrome del Post-Vietnam, Síndrome del trauma de la Violación, Síndrome de la Esposa Agredida, y Trastorno de Estrés Postraumático en el DSM-III en 1987. (Ver Bentley, 1991; Hartsough, 1988; Kolb, 1993; y Trimble, 1981 para una discusión de la historia del PTSD).

DIFERENTES CLASES DE “CLIENTES” DEL PTSD

Hay cinco clases diferentes de clientes, cada uno de los cuales requiere intervenciones sensiblemente diferentes.

1.- Individuos que han sido expuestos a sucesos traumáticos (desastres

naturales o causados por el hombre) y que se consideran parte de las intervenciones postraumáticas. Estos individuos y sus familias no buscan el tratamiento *per se*, sino que se benefician con varias formas de intervenciones psico-educacionales (por ejemplo, resumen crítico de un incidente estresante).

2.- Individuos que se han visto expuestos a experiencias victimizantes intencionadas y que inician y buscan la ayuda, debido a los hechos traumáticos que les han ocurrido en un pasado reciente (por ejemplo, violación, violencia doméstica, desastres naturales, experiencia de la guerra) o a los hechos traumáticos que ocurrieron muchos años antes (por ejemplo, víctima de un abuso sexual o físico en la infancia, experiencias de guerra distantes, víctima de un holocausto).

3.- Individuos que se tratan sobre una base de paciente internado o no, debido a otros trastornos psiquiátricos (por ejemplo, ansiedad, depresión, trastornos alimentarios, trastornos de personalidad tales como comportamientos de adicción, personalidad múltiple, borderline) y que durante el curso del tratamiento recuerdan “experiencias victimizantes” primerizas.

4.- Individuos que entran en tratamiento con el objetivo de determinar si, efectivamente, se ha abusado de ellos, y quieren determinar si esas experiencias “victimizantes” contribuyen a sus dificultades actuales.

5.- Individuos que tratan a los clientes “victimizados” (los cuidadores).

Nota: Muchas veces estas cinco clases de individuos se solapan. Estas *no* son categorías mutuamente exclusivas.

AMPLITUD DE LOS Factores DE TENSION TRAUMATICA Y DE LOS PTDS RESULTANTES

1.- Cuatro de cada diez norteamericanos (NA) se ven expuestos a traumas serios durante su vida.

2.- Un 7% de la población NA está expuesta anualmente a hechos traumáticos o aproximadamente 17 millones de personas se ven expuestas anualmente a traumas o desastres en Norteamérica.

3.- Entre 1974 y 1980 hubo 37 catástrofes graves sólo en los Estados Unidos. De 1970 a 1980 aproximadamente dos millones de residentes en los Estados Unidos sufrieron daños personales o de la propiedad debido a desastres (Freedy et al., 1992).

4.- Un 75% de la población de las víctimas de una catástrofe quedan en estado de shock y muestran síntomas que pueden durar unos varios minutos.

Un 10%-15% permanece autocontrolado

Un 10%-15% muestra síntomas del daño que desaparecerán normalmente en 6 semanas.

5.- Cerca de un 80% de las víctimas de un hecho grave en la vida pueden enfrentarse por si solos a los hechos traumáticos, tales como desastres, violencia, y combate, mientras que una minoría alrededor de 10%-30% desarrolla trastornos serios y duraderos (Kleber & Brom, 1989).

6.- En los estudios de 52 desastres hubo sólo un aumento del 17% en la

prevalencia de la psicopatología comparado con grupos de control o niveles de psicopatología anteriores a un desastre (Ruboins & Bickman, 1991).

7.- Un 38% de la población está expuesta a estrés catastrófico, pero sólo un 9% ha experimentado alguna vez reacciones de PTSD (Breslau et al., 1991).

8.- La patología entre las víctimas de un desastre no aflorará hasta los tres meses, cuando entre un 15% y un 25% necesitará asistencia más especializada (Brom & Kleber, 1989).

9.- Menos de un 25% de los individuos expuestos a factores de tensión extremos desarrollan un síndrome Eje I.

10.- La prevalencia de por vida del síndrome PTSD en los norteamericanos adultos es un de 9%. Si se utilizan criterios sub-clínicos entonces el cociente de prevalencia se eleva al 15%.

11.- La incidencia del PTSD es de un 1% en la población norteamericana total.

12.- Se ha estimado que entre un 40%-60% de los pacientes psiquiátricos externos y un 50%-60% de los internos informan de abusos sexuales o físicos.

13.- Los síntomas del PTSD pueden durar toda la vida. Un año después de un desastre los estudios indican que entre un 30% y 40% de los supervivientes pueden verse afectados de forma adversa, incluso los desastres provocados por seres humanos pueden llegar a mostrar índices del 30% a 70% de daños graves (Raphael, 1986). Algunas reacciones del PTSD se retrasan.

14.- Algunos clientes del PTSD pueden haber experimentado “victimización secundaria” de reacciones negativas de otros que consisten en negación, incredulidad, humillación, culpabilizar la víctima, estigmatización, y negación de ayuda. Contrariamente, Lindy et al. (1991) han descrito lo que llaman metafóricamente “membrana de trauma” que encubre a un individuo, es decir, los otros se convierten en sobreprotectores del individuo traumatizado, aislándole de los factores de tensión.

¿QUE CARACTERISTICAS DE LOS Factores DE TENSION INFLUYEN EN LAS REACCIONES DEL CLIENTE?

1.- Características de la exposición

a) Las características varían en términos de rapidez del suceso, gravedad, ámbito de impacto, cantidad de destrucción de la propiedad, duración (comienzo y final identificables), frecuencia, tipo y cantidad de pérdidas humanas asociadas y número de heridos, cantidad de preparación, historia de exposiciones previas, si el incidente afecta a un grupo grande (público y compartido por otros miembros) o es privado.

b) Grado de exposición: lo que se recibe realmente del daño intencional, exposición a imágenes degradantes, muertes violentas o súbitas de personas amadas o pérdidas de otros objetos.

2.- El diagnóstico de PTSD excluye factores de tensión tales como el luto, enfermedad crónica, pérdidas financieras importantes, conflictos matrimoniales

importantes.

3.- *Relación dosis/respuesta*. En 16 de 19 casos, se ha encontrado una *relación dosis/respuesta*. La magnitud del elemento de tensión es directamente proporcional al riesgo subsiguiente del PTSD. Por ejemplo:

a) Exposición al combate: cuanto más intensa y frecuente sea la violencia, tal como ser herido, cometer o ser testigo de atrocidades, formar parte de fuerzas especiales, etc, más riesgo de PTSD.

b) Estudios de niños expuestos a un ataque de francotiradores. Cuanto más riesgo implique, más probable es que se experimente el PTSD (ver Pynoos, 1990).

c) Agresión sexual: el ser herido o no y el percibir una amenaza a la vida, la percepción de indefensión absoluta, la penetración están estrechamente relacionadas con la intensidad del PTSD.

d) El incesto cometido por el padre en lugar de un extraño (significado psicológico del elemento de tensión) relacionado con el PTSD.

4.- El impacto del *significado del trauma* (más allá del objetivo del trauma puede afectar a los síntomas, la gravedad y, persistencia del PTSD).

a) Significado: actos como un “filtro de percepción”. Evaluar el significado más allá de la exposición y más allá de la “dosis” de trauma.

b) Evaluación del riesgo percibido, amenaza, y responsabilidad (ver Fontana et al., 1992; Ursano et al., 1992).

c) ¿Actuó el individuo como testigo, participante, objetivo, observador, agente, sintiéndose fracasado? Todo esto influencia las reacciones del individuo.

d) Examen de las atribuciones causales, examen de los sentimientos de indefensión, culpabilidad, vergüenza.

¿CUALES SON LAS RESPUESTAS GENERALES A HECHOS TRAUMATICOS EN LA POBLACION ADULTA?

Hay bastantes maneras de agrupar las respuestas a hechos traumáticos de los individuos. Estas clasificaciones incluyen: (A) categorías de respuestas (Hiley et al., 1993), (B) respuestas sintomáticas (Clansen et al., 1993), (C) síntomas cardinales de acuerdo con DSM-III-R, (D) respuestas fenomenológicas, y (E) respuestas neurofisiológicas.

A) Categorías de respuestas

Hiley et al. (1993) separan la respuesta de hechos traumáticos en cuatro categorías:

1.- *Emocional*: shock, incredulidad, enfado, rabia, terror, culpabilidad, desgracia, vulnerabilidad, irritabilidad, desamparo, miedo, ansiedad, depresión, y tristeza.

2.- *Cognitiva*: concentración deteriorada, confusión, auto-culpabilidad, pensamiento intrusivo, desorientación, decrecimiento de la propia estima y eficacia, miedo aumentado o pérdida de control, y miedo a la reocurrencia del trauma (No está claro si existen problemas de recuperación en memoria. Dificultades de input

muy probables).

3.- *Biológica*: fatiga, insomnio, pesadillas, hiperactividad, y respuesta sobresaltada.

4.- *Conductual*: alienación, separación social, estrés incrementado en las relaciones (problemas en las relaciones conyugales -menos capaz de confiar y de intimar con el otro-), drogaadicción, daño vocacional, retroceso del comportamiento a estados de desarrollo tempranos en los niños menores de 7 años, y trastornos de conducta. Los síntomas pueden variar con la edad del niño. Decrementos en el desarrollo de la tarea.

B) Respuestas sintomáticas

Classen, Koopman y Spiegel (1993) observan que el trauma constituye un trastorno físico abrupto en la experiencia ordinaria de cada día que “deja a una persona desamparada tal como si el mundo de repente se volviera imprevisible, amenazador, y violento.” Los síntomas que se experimentan durante el trauma incluyen:

1.- *Disociación*: las víctimas evitan el miedo, el dolor, y el desamparo abrumadores.

a) Estupor: aturdimiento, estado de shock

b) Desrealización: sentirse como si el ambiente fuera irreal o formara parte de un sueño.

c) Despersonalización: sentirse alienado o como un “autómata”, observador de los propios procesos mentales y corporales.

d) Amnesia del hecho.

2.- *Ansiedad*: hiperactividad, dificultad de concentración, hipervigilancia, respuestas sobresaltadas exageradas. Síntomas somáticos de tensión muscular, inquietud, palpitaciones, taquicardia, fatiga, necesidad de movimiento, e insomnio.

3.- *Otros síntomas*: rabia, sentimientos de culpabilidad, desesperación, desolación.

Si los síntomas desaparecen a lo largo del tiempo y no impiden el desarrollo de la tarea profesional y las relaciones interpersonales entonces se consideran respuestas “normales”. Si los síntomas perduran entre dos días y un mes entonces se les califica como *Trastorno de Estrés Agudo* (Acute Stress Disorder, ASD). Si los síntomas duran más de un mes, entonces se les denomina *Trastorno de Estrés Postraumático* (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD). Es necesario señalar que la investigación sugiere que el nivel de ASD puede predecir PTSD (Solomon, 1993) (ver cada una de las descripciones más abajo).

C) Síntomas cardinales de acuerdo con el DSM-III-R.

1.- *Reexperimentación*: recuerdo intrusivo o revivir los hechos traumáticos.

a) Pensamientos intrusivos y recurrentes, sueños, y pesadillas.

b) Flashbacks del trauma acompañados de sentimientos que reviven el trauma.

- c) Distress intenso con cosas que recuerdan el hecho traumático.
- d) Los recuerdos intensos pueden ocurrir espontáneamente.
- e) En los niños los flashbacks se presentan con menos frecuencia y pueden tomar forma de un juego repetitivo (como si el niño estuviera sujeto a un tema específico)

f) Pesadillas horrorizantes se pueden convertir en pesadillas sobre otras cosas atemorizantes (por ejemplo, monstruos, fantasmas).

2.- *Evitar* estímulos evocadores del trauma y paralización o pérdida de placer en actividades normalmente placenteras.

a) Evitar pensamientos y sentimientos asociados con el trauma.

b) Evitar evocaciones del trauma.

c) Incapacidad (o desgana) de recordar aspectos del trauma.

d) Disminución del interés sobre hechos significativos: “paralización física”.

e) Separación emocional de la vida, incapaz de sentirse feliz.

f) Sentirse alienado, y extraño a otros.

g) Reducción de la gama de sentimientos, incapaz de sentir las emociones tan profundamente como antes se había hecho.

h) Sentir que el futuro se acorta (esto sólo lo considera Terr y es controvertido, tal como lo es la noción de culpabilidad del superviviente.

i) La mayoría de los niños no presentan amnesia, son capaces de recordar los hechos bastante vívidamente, aunque a lo largo del tiempo pueden verse alterados.

j) Separación emocional de la vida, incapaz de sentir felicidad.

3.- *Síntomas de hiperactividad*: Dificultades para dormir, irritabilidad, hipervigilancia, dificultades de concentración, inquietud, respuestas sobresaltadas, reacciones de enfado. (Ver para descripción más detallada de los cambios fisiológicos más abajo).

D. Respuestas fenomenológicas y narrativas.

Epstein (1991) y Janoff-Bulman (1992) dicen que los hechos traumáticos pueden tener un mayor impacto en el sistema de creencias y sentimientos propios:

1.- Violar o “hacer añicos” las asunciones básicas y las creencias tales como:

a) La creencia en la invulnerabilidad de uno mismo (“No puede pasarme a mí”) -sentimiento de sentirse violado.

b) La creencia que los hechos son ordenables, previsibles, controlables y justos (“¿Por qué me pasó a mí?”)

c) La creencia de que la vida está llena de sentido.

d) La presunción de que uno es una persona importante.

2.- Experimentar un sentimiento de pérdida. Raphael (1986) lo describe la “pérdida de confianza en uno mismo, en la seguridad del mundo, y en otros”.

3.- Sentir una pérdida de relación y identidad (creencia de que la gente es de confianza y que vale la pena relacionarse con ella).

4.- Abrumar el sentimiento de seguridad de las personas.

5.- Culpabilizarse por ser víctima (adoptar la noción que la gente tiene lo que merece).

Esto se refleja en las narraciones individuales

La historia del cliente a menudo se atasca al intentar contestar preguntas tales como: “¿Por qué?”; “¿Qué si?”; “Si sólo tuviera..”; “¿Por qué yo?”; “Es tan injusto. ¿Por qué?”; “¿Por qué ahora?”; “¿Justo cuando..”; “¿Dónde puedo sentirme seguro?”; “¿En quién puedo confiar?”; “¿Cuánto control puedo ejercer y cuánto necesito?”.

Para algunos el hecho traumático puede convertirse en el hecho que define y marca el tiempo significativo en la propia historia (antes del trauma, “BT”, y después del trauma, “AT”) y da color a la forma en que se ven los hechos y las personas. Los clientes con PTSD tienden a “fijarse” en una solución, es decir, revivir el pasado o recrear lo que existió antes de que el trauma ocurriera. Tienen dificultades para “avanzar” en sus vidas.

En sus relatos los clientes incluyen a menudo preguntas que sacan a luz los siguientes temas:

Predicción -¿Se podría haber anticipado realísticamente el hecho catastrófico o trauma?

Control -¿Se podría haber modificado el hecho catastrófico o el trauma a través de la acción humana?.

Culpabilidad y auto-culpabilidad -¿Podría haber actuado de otra manera? ¿Soy responsable?

E. Respuestas neurofisiológicas y bioquímicas que acompañan al PTSD.

(Ver Kolb, Davidson, Gunderson y Sabo, van der Kolk para una discusión más detallada)

1.- Metáfora “evocadora”: el trauma lleva a la hipersensibilidad y vulnerabilidad.

2.- Los pacientes con PTSD muestran:

(1) mayor actividad del sistema nervioso simpático (incremento de las respuestas sobresaltadas).

(2) hipofunción del eje hipotalámico-pituitario-adrenocortical.

(3) desregulación del sistema opioideo endógeno

(4) cambios en la fisiología del sueño y los sueños (insomnio).

3.- Los individuos expuestos a hechos traumáticos pueden mostrar cambios psicoendocrinos (ver Baum y Fleming, 1993; Davidson y Baum, 1993; y Friedman, 1992).

(1) reactividad cardíaca

(2) presión sanguínea alta continuada

(3) cambios en el funcionamiento del sistema inmunológico.

(4) incrementos en los niveles de catecolaminas en orina.

(5) incremento de la presencia de síntomas.

4.- Friedman (1992) y Hiley-Young et al. (1993) ofrecen la siguiente lista de cambios fisiológicos específicos que acompañan el PTSD. Ver Tablas 1 y 2.

Tabla 1

**ALTERACIONES FISIOLÓGICAS ASOCIADAS CON EL PTSD
(Friedman, 1992; Hiley-Young et al., 1993)**

- 1.- *Actividad del sistema simpático nervioso*
 - a) Índices del patrón simpático elevado
 - b) Respuestas excesivas a estímulos neutrales
 - c) Respuestas excesivas a estímulos traumamiméticos.
- 2.- *Reacción excesiva al espanto*
 - a) Disminución del umbral
 - b) Incremento de la amplitud
- 3.- *Un patrón reductor del potencial cortical evocado en respuesta a estímulos neutrales*
- 4.- *Anormalidades en la fisiología del sueño* (iniciación y mantenimiento del sueño)
 - a) Incremento de latencia del sueño; aumentan los movimientos del cuerpo; incrementa el número de veces que el individuo se despierta.
 - b) Decremento del tiempo total del sueño; decrece la eficiencia del sueño
 - c) Posibles trastornos en la arquitectura del sueño (controversia)
 - d) Pesadillas traumáticas únicas, distintas de otros tipos de pesadillas

Tabla 2

**ANORMALIDADES
NEUROHUMORALES/NEUROENDOCRINOLÓGICAS
ASOCIADAS CON EL PTSD
(Hiley-Young et al., 1993)**

- 1.- *Incremento de la actividad noradrenérgica*
 - a) Incremento de los niveles de catecolaminas en orina
 - b) Regulación baja de los receptores beta y alfa 2
 - c) Reducción de la actividad de la plaqueta MAO
 - d) Pánico inducido por la yohimbina y flashbacks adrenérgicos del PTSD
- 2.- *Hipofuncionamiento del eje hipotalámico-pituitario-adrenocortical (HPA)*
 - a) Decremento de los niveles de cortisol urinario
 - b) Elevación del cociente catecolamino/cortisol en orina
 - c) Incremento de la sensibilidad a la supresión de dexametasona (DST) - supresión del HPA siguiendo el test de DST-.
 - d) Respuesta ACTH enlentecida al CRH.
- 3.- *Desregulación del sistema opioideo: anomalías del sistema endógeno opioideo*
 - a) Decremento general del umbral de dolor en reposo
 - b) Analgesia de estrés producida por estímulos traumagénicos
 - c) Decrementos de los niveles de endorfina

¿CUAL ES LA EVIDENCIA DE LA COMORBILIDAD (O MULTIPLES DIAGNOSTICOS) CON EL PTSD?

1.- Drogaadicción, suicidio, depresión, ansiedad, (por ejemplo, ataques de pánico), somatización y trastornos alimentarios, trastornos disociativos (dificultades de relación e identidad), antisocial, agresión, problemas conyugales, borderline y trastornos de personalidad múltiple, pueden ocurrir con el PTSD.

2.- Estudios ilustrativos de esta conclusión:

a) Janet constata que un tercio del síndrome inicial de Briquet de trastorno de somatización había sido “maltratado” antes de la edad de 12 años.

b) Entre víctimas de crímenes con PTSD, un 41% tuvo disfunciones sexuales, 82% depresión, un 27% síntomas compulsivos obsesivos, y un 18% fobias (Kilpatrick et al., 1987).

c) Los trastornos de somatización son comunes entre las víctimas del Holocausto y en un 55% de clientes de los que se les abusó sexualmente en la niñez. Los trastornos de somatización en las víctimas de violaciones crecen a lo largo del tiempo.

d) “Entre un 40% y un 60% de las mujeres que se están recuperando de bulimia, anorexia, y sobrealimentación compulsiva explican experiencias victimizantes.” (Matsakis, 1992).

e) Los que sufren de PTSD incrementan su riesgo de suicidio en un 19%, con un 20% de víctimas de violaciones que intentan suicidarse, y un 42% de mujeres agredidas que intentan suicidarse.

f) Para suprimir los síntomas de hiperactividad, los clientes puede que se refugien en el alcohol u otras sustancias adictivas. Por ejemplo, el Estudio Nacional de los Veteranos del Vietnam (NVVRS) encontró una prevalencia a lo largo de la vida del PTSD entre los combatientes del Vietnam superior al 30%. El 75% abusaban o eran adictos al alcohol. Entre las mujeres que combatieron, un diagnóstico de PTSD predice un incremento en más de 5 veces del abuso o dependencia del alcohol. Casi la mitad de los veteranos que han sufrido alguna vez de PTSD y alcoholismo todavía experimentan este diagnóstico doble. Los veteranos que son adictos o abusan del alcohol padecen más daños, y tienen menos probabilidades de haber acabado los estudios de segundo grado, de tener un trabajo, ni evidencia de estabilidad ocupacional, menos probabilidades de estar casados, más probabilidades de múltiples divorcios, dificultades con los padres, asilados socialmente, y más propensos a la violencia (Hiley-Young et al., 1993).

g) Green et al. (1989) demuestran que la exposición a muertes degradantes (por ejemplo, por mutilación) predice altamente uso del alcohol y PTSD entre los veteranos.

h) También se han encontrado altos cocientes de alcoholismo entre los veteranos de la segunda Guerra Mundial y la Guerra de Corea. Davidson et al. (1990) dicen que como promedio, las depresiones graves ocurren 9 años después

del desarrollo de PTSD en una muestra de veteranos de la segunda guerra mundial, y 4.8 años en el caso de los veteranos de la guerra del Vietnam. El alcoholismo precede el PTSD en el caso del Vietnam, pero sigue al PTSD en el caso de la segunda guerra mundial. Por eso hay importantes diferencias socio-históricas.

i) “Aproximadamente entre un 50% y 60% de las mujeres y un 20% de los hombres en proceso de desintoxicación dicen haber sido víctimas de abusos sexuales cuando eran niños. Aproximadamente un 69% de las mujeres y un 80% de los hombres en tales programas dicen haber sido víctimas de abusos físicos en la infancia” (Matsakis, 1992).

j) El trauma grave también se ha documentado entre los jugadores compulsivos que buscan ayuda, entre los niños y adolescentes delincuentes o desertores, y entre tanto hombres como mujeres que se prostituyen y actrices y modelos de películas y revistas pornográficas.

k) Del 2-3% de la población con trastorno de personalidad borderline (BP), casi un tercio cumplen con las características del PTSD, 75% de los cuales son mujeres. El BP se puede desarrollar sin abusos en un 10-40% de las veces (Gunderson y Sabo, 1993).

l) El 90% de los pacientes con trastornos de personalidad múltiple relatan historias de abuso sexual y físico importantes (Coons y Milstein et al., 1986).

m) “Los investigadores también han notado incrementos en el consumo de alcohol entre los supervivientes de incendios, inundaciones, y otros desastres” (Matsakis, 1992).

n) Estudios del PTSD han sugerido que mientras los síntomas de ansiedad disminuyen con el tiempo, los de depresión aumentan.

o) Las mujeres con dolor crónico pélvico tienen más probabilidades de haber sido víctimas de abuso sexual cuando eran menores de 14 años. (Walker et al., 1992).

ESTRATEGIA DE EVALUACION PARA LOS CLIENTES DEL PTSD

Hay una necesidad de evaluar tanto la adaptación *negativa* como la *positiva* de los individuos traumatizados

A) La estrategia de evaluación varía dependiendo de:

1.- Las condiciones de referencia (por ejemplo, el individuo comienza la terapia si ya ha experimentado factores de tensión, o si los relatos de cliente muestran hechos traumáticos a lo largo de la terapia)

2.- El objetivo de la evaluación.

3.- Posible rol de la premorbididad y la comorbilidad (diagnóstico múltiple).

Nota: El PTSD no es evidente en las medidas generales de psicopatología. Por eso hay una necesidad de evaluar explícitamente la sintomatología del PTSD.

B) El siguiente formato secuencial, decisional puede ser de ayuda cuando se evalúan los clientes para determinar la presencia y nivel de PTSD y para la formulación del caso:

- 1.- Entrevista inicial y cuestionarios sobre el trauma.
 - a) Sacar un relato del cliente del trauma -seguir la entrevista clínica general.
 - b) Resultados emocionales-conductuales (síntomas).
 - c) Usar entrevistas clínicas estandarizadas (entrevistas basadas en DSM-III-R y entrevistas semiestructuradas diseñadas para una población específica objetivo).
- 2.- Uso de clasificaciones clínicas basadas en la entrevista (por ejemplo, CAPS-I).
- 3.- Evaluar directamente los síntomas del PTSD (por ejemplo, Escala de Síntomas de PTSD Modificada, Escala de Hechos de Impacto (Impact Events Scale), y otras listas de síntomas).
- 4.- Evaluar el perfil específico del PTSD diseñado para población específica (por ejemplo, violación, combate, víctimas de crimen).
- 5.- Evaluar la adaptación global (por ejemplo, Inventario de Calidad de Vida (Quality of Life Inventory), Escala de Funcionamiento Social (Social Functioning Scale), Cuestionario de Areas de Cambio (Areas of Change Questionnaire).
- 6.- Evaluar las habilidades cognitivas y la posible implicación neurofisiológica.
- 7.- Evaluar los esquemas de cambio, el soporte social, las respuestas de confrontación, y secuelas secundarias (incluir otras personas importantes en la evaluación).
- 8.- Evaluar los “signos de curación”/fuerzas y signos de adaptación positiva (e.g, Solution Focused Recovery Scale).
- 9.- Preguntar al cliente por los síntomas propios monitores (Lista de Síntomas Semanal (Weekly Symptom Checklist), así como Señales de Curación (Signs of Healing)).
- 10.- Evaluar los factores históricos de premorbilidad.
- 11.- Evaluar la comorbilidad (por ejemplo, alcoholismo y otras conductas adictivas, depresión, ideación o comportamiento suicida, ansiedad, trastornos de personalidad, satisfacción/conflicto conyugal, ajuste sexual, problemas para controlar el enfado, estrés maternal). Seleccionar individualmente de esta lista.
- 12.- Evaluación psicofisiológica y medidas de actuación relacionadas con el PTSD.

C) Revisar las medidas colaborativamente con el cliente y las personas significativas. Considerar las preguntas de la encuesta que se incluyen en las 8 categorías siguientes

- 1.- Preguntas que permiten al cliente *relatar su historia* sobre el trauma y su impacto inicial (a su propio ritmo).
- 2.- Cuestiones diseñadas para evaluar el *impacto prolongado* del hecho

traumático y cómo el cliente considera el trauma a estas alturas.

3.- Cuestiones diseñadas para ayudar al cliente a *reformular* tanto el elemento de tensión como sus reacciones.

4.- Preguntas diseñadas para ayudar al cliente a prestar atención a sus *fuerzas, capacidad de enfrentamiento, y posibles signos de recuperación*. Es decir, ¿qué es lo que hace el cliente que funciona, incluso hasta cierto grado?

5.- Cuestiones diseñadas para ayudar al cliente a generar *posibles esfuerzos/soluciones de enfrentamiento*.

6.- Cuestiones diseñadas para ayudar al cliente a establecer *objetivos de tratamiento*.

7.- Preguntas orientadas a ayudar al cliente a tomar *diferentes perspectivas*.

8.- Cuestiones que *pueden aparecer* cuando el cliente está *con otros*.

Es importante tener en cuenta que el proceso de la entrevista no sólo deriva de los esfuerzos del terapeuta, sino que el cliente y su familia también tienden a preguntarse a ellos mismos cuestiones que tienen pocas respuestas o no son satisfactorias. Esta investigación persistente y la ideación intrusiva que le acompaña, tales como dudas sobre uno mismo o auto-interrogación, son características particulares de los clientes del PTSD que muestran una adaptación más pobre (ver Baum, 1993).

¿Cuáles son los tipos de preguntas que probablemente los individuos se preguntarán continuamente? Figley (1985) ha ofrecido la siguiente lista de cuestiones que los individuos que han experimentado hechos traumáticos (con consciencia de ello) se preguntan continuamente a ellos y a otros. Las cuestiones incluyen:

- a) ¿Qué pasó?
- b) ¿Por qué pasó?
- c) ¿Por qué yo (y otros) actúe (actuamos) de tal forma?
- d) ¿Por qué he actuado de tal forma desde entonces?
- e) ¿Cómo actuaría si volviera a suceder?

A esta lista se le pueden añadir las siguientes cuestiones:

¿Qué si sólo hubiera..?

Si sólo hubiera...

¿Qué si no hubiera..?

¿Por qué yo?

¿Por qué ahora?

Figley (1985) propuso que como resultado de tal interrogatorio sobre ellos mismos el cliente y su familia desarrollan una “teoría personal curativa”.

La lista inicial de cuestiones que se enumeran más abajo son para aquellos clientes que explican que han experimentado “conscientemente” un hecho traumático. El segundo grupo de cuestiones son para aquellos clientes que entran en tratamiento debido a otro problema clínico “ostensible” (distress/dolor psicológico o físico), y sólo aparece el relato sobre abuso o victimización de forma subsecuente.

Finalmente, antes de considerar posibles cuestiones específicas, examinemos la estrategia terapéutica general que es la base de la mayoría de estas cuestiones.

Estrategia General de las Preguntas que se Hacen:

1.- Casi todas las cuestiones son del tipo “Qué” y “Cómo”. Raramente se preguntan “por qué”

Preguntas tipo “Qué”

¿Qué sería...

¿Qué diferencia habría...

¿Qué piensas...

¿Qué aprendiste de...

¿Cuáles son las señales que...

¿Qué notaría “X”...

¿Qué harías diferente si estuvieras en el “buen camino”?

¿Qué harías en vez de..

¿Qué acciones quieres tomar?

Preguntas tipo “Como”

¿En qué medida es igual/diferente esto de ...

¿Cómo crees que...

¿Cómo sabrías que...

¿Cómo habrías...

¿Cómo sabrás que...

¿Cómo lo harás *específicamente*

¿Cómo sabrás que es diferente?

¿Cómo te darás cuenta de, interrumpirás, planificarás, te las arreglarás, te enfrentarás, te felicitarás, atribuirás el mérito, le harás saber a alguien que, empezará a curar, confortarás, calmarás a “X”? El terapeuta puede tomar una muestra de esta lista y puede utilizar también las metáforas del cliente tales como “apegarse a la vida”, “reescribir el guión”, etc.) Preguntar tales cuestiones “anima” ciertas actividades de comportamiento.

2.- Al centrar la discusión alrededor de las fuerzas del cliente, las preguntas de la entrevista señalan cuándo y cómo los clientes se han enfrentado con otros factores de estrés. Una forma de conseguir esto es que el terapeuta use ejemplos con la palabra “en vez”, “¿cómo harías “X” en vez de “Y”? Estas cuestiones centran la atención del cliente en posibles esfuerzos de enfrentamiento.

3.- Hay una necesidad de ayudar al cliente a poner su historia de victimización bajo alguna perspectiva. Dolan (1991) sugiere que es útil haber puesto el incidente de victimización del cliente en una “línea de tiempo” que sea positiva, así como los hechos de victimización. De esta manera el cliente puede indicar al terapeuta, al grupo de terapia. a otros, así como a uno mismo, sus hechos de la vida “positivos” (por ejemplo, graduación, nacimiento, trabajo, promoción, amistades). También se

puede animar al cliente a generar una “línea futura del tiempo”, que vaya hacia objetivos que querría que sucedieran. El terapeuta transmite al cliente que le gustaría oír “toda” o “el resto de la historia”.

4.- El objetivo de las preguntas de la entrevista y las intervenciones siguientes es permitir al *cliente sugerir ideas sobre lo que se debería hacer a continuación tantas como sea posible.*

SE CONSIDERA QUE EL TERAPEUTA DESARROLLA SU TAREA OPTIMAMENTE CUANDO EL CLIENTE ESTA UN PASO MAS ADELANTE QUE EL OFRECIENDO SUGERENCIAS SOBRE LO QUE DEBERIA OCURRIR A CONTINUACION

El nombre “del juego” es proponer experiencias clínicas orientadas a *capacitar y dar poder* al cliente y animarle a *autoposeerse* y atribuirse los méritos del cambio de comportamiento. Hay una gran probabilidad de que el cliente tenga éxito si ofrece una sugerencia que no si la sugerencia le viene dada por otro (ver Meichenbaum & Turk, 1987).

Si el cliente no sugiere nada entonces el terapeuta tiene diversas formas de introducir estas sugerencias, tanto directamente como indirectamente.

I.- CUESTIONES DISEÑADAS PARA AYUDAR AL CLIENTE A RELATAR SU HISTORIA

[Ver también la sección en este **Manual del Terapeuta** en Resumen Crítico de un Incidente Estresante (Critical Incident Stress Debriefing) para otras posibles cuestiones].

¿Puedes explicarme qué pasó?

¿Puedes explicarme lo que te pasó?

Dime todo lo que creas que debo saber para que te entienda

No compartas algo que quieras mantener en privado.

Cuando quieras podemos descansar. Podemos volver a ello más tarde si así lo deseas. Podemos descansar tantas veces como quieras.

¿Puedes explicarme cómo eran las cosas antes de que ocurriera “X” (especificar el trauma)? ¿Cómo han cambiado las cosas?

Lo que has descrito es una situación de crisis. ¿De qué forma difiere de los otros factores de tensión a los cuales te has enfrentado a lo largo de la vida?

¿Has experimentado alguna situación parecida a ésta?

Has descrito que en este caso (especificar) te sentiste “desamparado” (citar las palabras del cliente tales como “fuera de control”, “próximo a la muerte”, “como un niño”). En cualquier momento de tu vida, ¿recuerdas haber sentido un sentimiento similar de desamparo, etc.?

¿Puedes liberar tus sentimientos, que salgan a la superficie?

Si tu dolor emocional pudiera hablar, ¿qué diría?

¿Crees que tienes suficiente información sobre tu situación y lo que te pasa (ha pasado)? ¿Qué información necesitas todavía?

¿Es ésta la primera vez que has pedido ayuda?

¿De qué no estamos hablando que creas que deberíamos hablar?

II.- CUESTIONES DISEÑADAS PARA EVALUAR EL IMPACTO PROLONGADO DE LOS HECHOS TRAUMATICOS

¿Podrías describir la situación en la que estás ahora?

¿Podrías describirme lo que te ha sucedido en estas semanas?

¿Podrías decirme cómo “X” o la memoria de “X” (por ejemplo, violación, robo, accidente, combate, experiencia) te influencia todavía?

¿Qué te impide hacer “X” o la memoria de “X” en tu vida cotidiana?

¿Hay aspectos específicos de X, o de la memoria de X, que tengan efectos prolongados sobre ti, sobre otros que forman parte de tu vida, o tus relaciones?

¿En qué manera crees que eras diferente antes de X?

¿Cómo te sientes respecto a ello ahora?

III.- CUESTIONES DISEÑADAS PARA AYUDAR AL CLIENTE A REFORMULAR LOS HECHOS TRAUMATICOS

[Para otras formas específicas de ayudar al cliente a reformular sus síntomas y las tentativas de enfrentamiento ver la sección de este **Manual del Terapeuta** “Educar el Cliente en PTSD”].

A pesar de que “X” es una cosa terrible, ¿puedes pensar en algo positivo, aunque sea pequeño, que sea consecuencia de esta experiencia?

¿Hay alguna cosa que haya sucedido que te haga sentir particularmente afortunado?

¿La experiencia estresante fue tan mala como pudo haber sido, o pudo haber sido todavía peor?

¿Es esta experiencia tan negativa como te la *habrías* imaginado antes de pasar por ella?

¿Hay algunas cosas de las cuales eres más consciente debido a esta experiencia?

IV.- CUESTIONES DISEÑADAS PARA AYUDAR AL CLIENTE A PRESTAR ATENCION A SUS INTENTOS DE ENFRENTAMIENTO.

Estas cuestiones están diseñadas para drenar las capacidades ya existentes en el repertorio del cliente. (Ver Dolan, 1991; White & Epton, 1991 para otros ejemplos). El terapeuta puede escoger de entre lo siguiente:

“¿Puedes recordar/pensar/reconocer/identificar
una ocasión/una vez/un episodio
en el que estabas/casi vencido/casi entregado al problema

pero en cambio
te recuperaste/lo evitaste/te las arreglaste/te enfrentaste/te liberaste/lo interrumpiste/te escapaste de/no te abandonaste al problema?"

¿Qué has hecho para enfrentarte con el problema? ¿Qué hiciste? ¿Qué funcionó? ¿Qué no ha funcionado?

¿Ha habido alguna vez en la que te haya sentido capaz de (citar ejemplos específicos de esfuerzos de enfrentamiento-e.g., calmarte, “combatir” el flashback, etc.)?... ¿Qué hiciste?... ¿Has sido capaz de hacer esto en otras situaciones?

¿Crees que concienciarse de cuando haces Y nos dará más información y de esta forma la puedas usar otra vez? ¿Podemos usar alguna información para cambiar la forma en la que llevas la situación?

¿Estás haciendo alguna de estas cosas ahora? (Preguntar ejemplos)

¿Y qué *cambiaría* eso?

¿Qué *cambiaría continuar* haciendo “Y” (citar ejemplos específicos) en el futuro?

El “X” pasado, o la memoria de “X”, parece que te obstaculiza. ¿Como sabrías que lo hubieras podido llevar mejor, aunque fuera sólo un poquito?

¿Que te ayudaría a reconocer ciertas señales de recuperación?

¿Que es lo que posiblemente podrías hacer para cambiar la situación? (Dolan, 1991 sugiere las siguientes preguntas)

Incluso si los otros no saben nada de “X” ¿qué notarían de diferente en ti si empezaras a tomarte las cosas de forma diferente? ¿Cómo sabrían los otros que te sientes de esta manera?

¿Qué te dirías a ti mismo cuando te sintieras de esta forma?

¿Qué necesitas recordar o decirte para sentirte bien..., para enfrentarte mejor?

¿Qué (harías, dirías, sentirías, pensarías) que pueda ser una señal de recuperación?

¿Qué notarán en ti los otros que sean señales de recuperación?

¿De qué manera afectarán los esfuerzos de recuperación a tus relaciones?

Imagina que estos signos o señales siguen creciendo y expandiéndose. ¿Cómo serían las cosas para ti ahora?... y en el futuro? ¿Cómo puedes hacer parte de tu vida a estos?

¿*Qué más* es necesario que ocurra para que te sientas *seguro* (protegido, aceptado, querido, de confianza)?... para que tengas ese sentimiento de vivir verdadero?

V.-PREGUNTAS DISEÑADAS PARA AYUDAR AL CLIENTE A GENERAR ESFUERZOS/SOLUCIONES DE ENFRENTAMIENTO.

Otra estrategia de entrevista es enumerar al cliente posibles esfuerzos de enfrentamiento preguntándole sobre sus relaciones con los “otros”.

1.- Si el cliente habla de una “persona especial” (por ejemplo, alguien que ha

muerto en un combate o en un desastre), o alguien todavía vivo con el cual el cliente tiene una relación especial, entonces esto se puede utilizar para ayudar al cliente a generar técnicas de enfrentamiento. Pedir al cliente que explique su relación. Si el cliente no lo plantea, entonces el terapeuta puede sugerir las cuestiones de relaciones.

2.- El terapeuta pide al cliente que indique lo que le gusta (cree “especial”) de esta persona. Preguntar al cliente, “¿Qué es lo que viste en esta persona que le hizo tan especial?”

3.- El terapeuta entonces pregunta al cliente, “¿Qué es lo que esta persona vio en ti?” Animar al cliente a ser tan específico como sea posible.

4.- Ahora preguntar al cliente, “¿Qué *consejo* (o ninguno) te daría esta persona referente a tu situación actual?” Ayudar al cliente a enumerar una lista de sugerencias específicas que esta “persona especial” podría ofrecer si estuviera ahora aquí mismo. (Los clientes a menudo salen con una serie de sugerencias específicas de enfrentamiento).

5.- Indicar al cliente que esto suena como “un buen consejo”. No es de extrañar que el cliente encuentre esta relación, amistad, esta persona, tan “especial.”

6.- Discutir con el cliente formas de implementar este consejo tan “valioso.” ¿Dónde empezaría? ¿Qué obstáculos/barreras se pueden encontrar en el camino? ¿Qué se puede hacer para anticipar (mitigar, eliminar, evitar) estas barreras?

7.- Indicar al cliente que parece que ha empezado a descubrir lo que necesita que se haga.

8.- Si el cliente continúa mostrando desesperación, e incluso considera el suicidio, preguntar al cliente, ¿cuál sería *la mejor herencia* que podría dejar a su amigo (esposa, hija, etc.)? La respuesta que debería surgir colaborativamente es, “la mejor herencia es vivir la vida bien. No dejar morir el recuerdo de esta persona (citar nombre).

9.- Preguntar al cliente, “¿*Cuál sería la mejor venganza para aquellos que te han victimizado (torturado, abusado)*?” La respuesta que debería surgir colaborativamente es, “*La mejor venganza es vivir la vida bien!*” Especificar al cliente lo que significa vivir bien.

10.- Discutir con el cliente la necesidad de *no* permitir al agresor/victimizador “robarte”, “torturarte”, “abusar de ti”, “abusar de tu progenie”, “continuar privándote del futuro tal como lo ha hecho en el pasado”, “basta es basta!”

11.- El terapeuta puede incluso utilizar la “silla vacía” de la Gestalt o procedimientos de psicodrama para hacer que el cliente exprese con afecto y convicción la necesidad de finalizar con el abuso. (Esto se puede hacer eficazmente en un grupo base donde se verbalizan públicamente las declaraciones de compromiso, igual que se comparten las experiencias).

12.- Es necesario traducir estos pronunciamientos generales en objetivos de tratamiento prescriptivos conductualmente, definibles operacionalmente, a corto

plazo, y factibles.

13.- Esto es un consejo sensato. Esto es único. ¿Me permites compartir este consejo con los otros sin que mencione tu nombre?

VI.- CUESTIONES DISEÑADAS PARA AYUDAR AL CLIENTE A ESTABLECER OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

Según la sugerencia de Shazer, Dolan (1991) propone el uso de un pregunta “milagro:”

Si sucediera un milagro en la mitad de la noche y hubieras superado los efectos de “X” (violación, abuso infantil, robo, desastre, experiencia de guerra, etc.) hasta el punto que no necesitaras más ayuda (terapia), y te sintieras bastante satisfecho con tu vida, ¿qué cambiaría?

Cuidado: Algunos clientes han respondido negativamente a la premisa de la cuestión, es decir, que vaya a haber un “milagro” o “reparación rápida” de su distress. A veces los clientes pueden malinterpretar las preguntas del terapeuta ya que sugieren que el terapeuta no ha entendido la profundidad del problema emocional del cliente. Si el terapeuta implica (aunque no intencionalmente) que hay una solución “milagro” que se hubiera podido utilizar, entonces el cliente se puede preguntar por qué no la ha utilizado anteriormente, en vez de sufrir todos estos años. Por eso, si el terapeuta utiliza la pregunta “milagro” es necesario que el cliente entienda el “espíritu” con el cual se ha formulado.

¿Qué consejo daría otra persona en este caso, alguien que ha experimentado algo similar a “X”, o que tiene dificultades con los recuerdos de “X”?

¿Qué crees que necesitas hacer para protegerte de...? para tomar más responsabilidades en...? para controlar más tu vida?

¿Cuáles son tus peores miedos?

¿Te has preguntado alguna vez cuáles son los riesgos si no haces un cambio?

¿En qué medida son graves las cosas? ¿De qué manera te gustaría cambiarlas?

¿Qué objetivos crees que deberías trabajar en el tratamiento/aprendizaje?

¿Cómo sabrás cuándo tus objetivos se han cumplido?

¿Qué conllevaría hacer “Y”?

Dado tu nuevo conocimiento y lo que has aprendido de ti mismo, qué cosas puedes hacer para empezar a asumir el mando de tu vida... dar forma a tu futuro... escribir tu historia? El terapeuta escoge una frase o utiliza la metáfora de curación del cliente (por ejemplo, “escribir un nuevo capítulo”).

¿Qué cambios en tus próximos pasos de recuperación implicará el hacer esto?

¿Qué es lo que esto te dice que es importante que sepas?

Otros medios de ayudar a los clientes a establecer objetivos de tratamiento es *centrarlos en aspectos del trauma de sus vida.*

¿Cuáles son las cosas que más te gusta hacer?

Tal como se ha dicho, el terapeuta puede utilizar el procedimiento de la *línea*

de tiempo para ayudar a los clientes a ver los hechos desde una perspectiva temporal y ayudar a los clientes a identificar posibles objetivos futuros de tratamiento.

Ver también Meichenbaum y Turk (1987), *Facilitating treatment adherence* (New York: Plenum Press) para una descripción de esquemas específicos a seguir cuando se establecen colaborativamente con los clientes objetivos de tratamiento.

VII.- CUESTIONES DISEÑADAS PARA AYUDAR AL CLIENTE A TOMAR UNA PERSPECTIVA DIFERENTE

(Tal como Dolan, 1991, observa la mayoría de estas cuestiones se pueden plantear en sesiones conjuntas con el cliente y otra persona significativa)

¿Conoces a otra persona que haya tenido una experiencia similar (o gente que está en la misma situación)? ¿Quién? ¿Cómo se lo manejó?

¿Cómo sabrá “X” (utilizar el nombre de otra persona significativa) que estás empezando el proceso de recuperación? que te estás curando?... que estás progresando?

¿Qué señales podría buscar?

¿Qué notará?

¿Qué piensas que “X” te diría (haría) si se diera cuenta de tus primeras pequeñas señales de curación?... y los parientes?

¿Qué hace “X” que sea de ayuda?

¿Qué te gustaría que “X” hiciera de más?...de menos?

¿Qué comportamientos de la persona (nombrar al otro) te gustaría que ocurrieran más a menudo?

¿Qué cosas dice o hace “X” que te gustaría que continuara?... o incrementara?

¿Cuál sería una señal de que estás en una buena relación?

¿Qué cambiaría para ti si estuvieras en una buena relación?

VIII.- CUESTIONES QUE SE DIRIGEN AL OTRO EN PRESENCIA DEL CLIENTE

(Dolan sugiere que el terapeuta intente que los dos trabajen en equipo. Considerar las siguientes cuestiones que se han diseñado para conseguir este objetivo)

¿Cómo ha sido la relación, a parte del tema del recuerdo pasado del abuso? En estas áreas, ¿cuáles son las cosas que os gustaría continuar?

¿Qué habrías hecho diferente si hubieras sabido el abuso que el cliente experimentó (usar el nombre)?

¿Qué habría cambiado?

¿Cómo sabrías que (el nombre del cliente) se está curando del recuerdo de “X”?

¿Qué sentirá, hará, pensará, el cliente (nombre) que sea una señal que está cambiando?

¿Qué es lo que nota en su comportamiento?

¿Qué hará/dirá?

Al cliente -¿Qué ha hecho ya “X” que haya facilitado el proceso de curación?...

¿Qué hace “X” ahora?... ¿Qué te gustaría que “X” hiciese más?

¿Qué puedes hacer (al otro) para facilitar el proceso de curación?

¿Cómo podéis *los dos* emprender la realización del proceso?

¿Cómo sabréis los dos que te estás recuperando del recuerdo de “X”?

¿Cómo afectará la recuperación mutua a vuestras relaciones y a las de otras personas importantes en vuestra vida?

¿QUE PREGUNTAS PUEDE UTILIZAR EL TERAPEUTA CON LOS CLIENTES QUE PARTICIPAN EN EL TRATAMIENTO Y QUE NO PLANTEAN EL TEMA DE LA VICTIMIZACION? PREGUNTAS QUE SE PUEDEN PLANTEAR DURANTE LA FASE INICIAL DE LA TERAPIA.

Nota: *No* se pretende que se hagan todas estas preguntas, sino que el terapeuta pueda escoger una muestra de esta lista a lo largo de la terapia. Aunque la mayoría de las preguntas se pueden hacer durante la fase inicial de la terapia, se pueden utilizar repetidamente a lo largo del curso del tratamiento. Es importante que las sesiones *no* tomen el aspecto de un interrogatorio.

“¿Puedes describirme la situación en la que te encuentras ahora?”

¿Puedes darme una descripción de los que te ha pasado en las últimas semanas?

¿Desde tu punto de vista qué problema o problemas te han llevado aquí?

¿Cuán grave consideras el problema?

¿Qué es lo que te ha llevado a buscar ayuda?

¿Quién resulta más perjudicado a causa de tu problema?

¿Cómo se expresa este problema diariamente? ¿Puedes darme un ejemplo?

¿De qué manera obstaculiza o te impide hacer algunas cosas que te gustaría hacer?

Piensa en la última vez que “X” ocurrió

¿Qué ocurría entonces?

¿Cómo te sentiste? ¿Qué pensabas?

¿Has tenido alguna vez sentimientos o pensamientos semejantes (dar un ejemplo) en otras situaciones? ¿En que se parecen estas situaciones, si es que hay alguna? ¿Qué construyes de estas similitudes?

¿Puedes sentir cuando estos pensamientos, sentimientos (ser específico) están a punto de venir?

¿Qué cosas piensas?... sientes?... haces?

¿Qué cosas parecen agravar el problema?...mejorar?

¿Qué clase de cosas has probado para reducir tu “X” (problema, estrés, depresión, dolores de cabeza, etc.)?

¿Has probado algo para impedir “X” (los sentimientos, enfado, depresión)?

¿De qué forma has intentado reducir tus molestias?

¿Cuánto hace que empezaste a intentar a enfrentarte o resolver este problema?
Déjame plantearte una pregunta algo diferente. ¿Que significa para ti no estar más “X” (deprimido, preocupado, con dolores)?

¿Cómo cambiaría la vida si tu “X” (dolor, distress, etc.) se aliviara?

Como mínimo, ¿qué esperarías que pasase como resultado de seguir este tratamiento/entrenamiento?

¿Has conocido alguien en la misma situación? ¿Cómo resultó para aquella persona?

¿Qué consejo darías a una persona que tiene el mismo problema?

¿De que dependería el resultado del tratamiento?

¿Has pensado alguna vez sobre lo que se puede hacer en terapia para ayudarte?

¿Qué más crees que debería saber o descubrir sobre ti y tu situación para ayudarte con tu problema?

¿Qué problemas anticipas? ¿Cómo podemos trabajar *juntos* en este problema?”

EVALUACION DE FACTORES DE RIESGO DE PREMORBILIDAD PARA EL PTSD

El PTSD es un trastorno con múltiples facetas que viene determinado por:

a) Factores anteriores al hecho (por ejemplo, vulnerabilidad, personalidad, historia de desarrollo)

b) Factores durante el hecho (por ejemplo, proximidad, exposición, significado del elemento de estrés)

c) Factores posteriores al hecho (por ejemplo, ayuda social, aceptación cultural, “victimización secundaria”).

Centramos la atención en los factores anteriores al hecho o los factores de premorbilidad.

Los factores de riesgo son menos importantes a medida que la intensidad de la experiencia del elemento de estrés incrementa. Sin embargo, el PTSD ocurre con más probabilidad entre los individuos que han estado expuestos con anterioridad a factores de estrés traumáticos, o que han tenido problemas de adaptación, o que han mostrado mecanismos de enfrentamiento ineficaces. (Ver Breslau y Davis, 1992; Gunderson y Sabo, 1993; Solomon, 1993; Watson et al.,)

1.- La experiencia del pretrauma (por ejemplo, el estudio de Solomon sobre la exposición al estrés del combate, progeñie de padres que vivieron el Holocausto). Hechos adversos graves en la vida anteriores al trauma. Nótese, sin embargo, que las experiencias pre-estrés subtraumáticas *no* generan síntomas de PTSD, ni incrementan su importancia. Por ejemplo, Solomon et al. (1987) demuestran que sobrevivir a batallas anteriores sin secuelas reduce el riesgo de reacciones estresantes después de la experiencia de un segundo combate, pero una historia de reacciones de estrés incrementa la probabilidad de PTSD en el futuro. El nivel de trastorno de

estrés agudo puede predecir el PTSD.

2.- Inicio depresivo-ansioso anterior al trauma tal como la victimización criminal.

3.- Inestabilidad de desarrollo y familiar (Historial familiar de trastornos psiquiátricos, crecer en una familia con problemas económicos, separaciones múltiples en la infancia).

4.- Historia familiar de comportamientos antisociales o ansiedad.

5.- Drogaadicción temprana.

6.- Problemas repetidos con la autoridad. Problemas de conducta tempranos.

7.- Fracaso escolar. Bajo nivel de educación.

8.- Ayudas psiquiátricas anteriores.

9.- Ausencia de apoyo social.

10.- Edad: los niños pequeños son más vulnerables, los soldados jóvenes (menos de 20 años) fueron más vulnerables en el Vietnam.

11.- Sexo: los chicos son más susceptibles a factores de estrés, tales como el divorcio de los padres, que las chicas; en el caso de victimización adulta, lo son las mujeres (Breslau y Davis, 1992).

NECESIDAD DE EVALUAR LA ADAPTACION POSITIVA AL TRAUMA

Diversos investigadores han explorado los patrones de readaptación positiva en los que han estado expuestos a hechos traumáticos (por ejemplo, Fairbank et al., 1991; Festinger, 1991; Garmezy, 1993; Lyons, 1991; Wolfe et al., 1993). La forma en que los individuos evalúan y se enfrentan con el estrés juega un papel importante, por encima de las contribuciones de otros factores tales como la edad, el background cultural. Otro factor importante es la naturaleza del apoyo social disponible (por ejemplo, Flannery, 1990).

Técnicas de enfrentamiento tales como la reevaluación positiva, el reanálisis, y el enfrentamiento activo se han asociado con un incremento de la mejora, mientras que técnicas de enfrentamiento tales como externalización, pensamiento desiderativo y evitación extrema se han asociado más con el funcionamiento sintomático. Wolfe et al. (1993) muestran que mientras la adaptación total puede ser favorable, esto no impide la posibilidad que los clientes puedan tener dificultades con las experiencias específicas relacionadas con el trauma. Pero estas dificultades *no* tienen que obstaculizar el camino de la adaptación total.

Otra característica central de los que se han enfrentado efectivamente es la capacidad de encontrar significado y *objetivo en su sufrimiento* (Frankl, 1963). Esto puede tomar la forma de reordenación de prioridades, desarrollo superior del conocimiento de uno mismo, reconstruir las asunciones quebrantadas (Joseph et al., 1993).

Después de repasar la literatura sobre adaptaciones positivas a los hechos traumáticos, Wolfe et al. (1993) concluyeron que, “los individuos con más proba-

bilidades de mostrar adaptación positiva a largo plazo pueden ser quienes son capaces de reexperimentar su trauma con un alto grado relativo de control voluntario por sí solos con la ayuda de terapia, y que quieren sobreponerse al malestar de hacerlo” (p.98).

Ver la sección más adelante de Modelos Explicativos Alternativos para una descripción de la naturaleza de la narrativa del individuo que se correlaciona con la adaptación.

CARACTERISTICAS DE LOS RELATOS DE LOS CLIENTES QUE SE CORRELACIONAN CON DISTRESS EMOCIONAL Y DE ENFRENTAMIENTO MALADAPTATIVO

La historia de cómo la gente se enfrenta a los hechos traumáticos es la historia de la resistencia y del coraje indomables de la gente frente a una adversidad notable. Entre un 60% y 80% de los individuos que experimentan factores de estrés traumáticos “van adelante” a partir del hecho traumático. Entre un 20% a un 40% pueden mostrar efectos debilitantes persistentes. ¿Qué distingue a esos dos grupos? Considerar la siguiente lista de lo que los individuos angustiados tienden a hacer:

1.- Hacer *comparaciones* desfavorables entre la vida tal como es y la vida tal como podría haber sido si no hubieran ocurrido los hechos traumáticos, tan evidentes como en los modelos de pensamiento “Que si”, “sólo si”, y “por qué yo;”

2.- Continuas *comparaciones* entre aspectos de la vida *después* de los hechos estresantes y como *era* antes de los hechos traumáticos;

3.- *Continuo languidecer* por lo que se ha perdido;

4.- Verse a sí mismo como *víctima* con pocas *esperanzas de que las cosas cambien* o mejoren;

5.- *Culparse* por la situación;

6.- *Fracaso al buscar significado* o significación derivada de los hechos estresantes;

7.- *Persistir* en las *implicaciones negativas* del hecho estresante y no querer considerar que los hechos traumáticos pueden fortalecer al individuo;

8.- Verse continuamente bajo *riesgo* o *vulnerables* a hechos estresantes futuros;

9.- Permanecer *vigilante* a las amenazas y obstáculos;

10.- Experimentar la “ideación intrusiva;”

11.- Sentirse incapaz de *controlar* los síntomas de dolor (i.e., ideación intrusiva, flashbacks, pesadillas, imágenes, paralización física, comportamientos de anulación o evitación, hiperactividad y respuestas exageradas al espanto así como ser imprevisible e incontrolable);

12.- Sentir una pérdida de confianza, identidad, dignidad, y capacidad de relacionarse con los otros, dificultades con la intimidad;

13.- Sentirse *incapaz de resolver* (acabar, compartir, trabajar, abrirse) la

historia traumática. Ausencia de conclusión y coherencia de la historia.

14.- Utilizar metáforas en los relatos que reflejan estas características. Fracasan o son menos propensos a incluir metáforas de “curación” y “esperanza” en sus relatos.

Nota: Todos los individuos traumatizados pueden experimentar o incluir algunas veces tales características en sus relatos, pero estas características predominan y son más persistentes en los relatos de los individuos con distress. (Ver Meichenbaum y Fitzpatrick (1993) y Meichenbaum y Fong (1993) para una discusión más detallada de la literatura que ha llevado a estas observaciones).

¿QUE ES UNA PERSPECTIVA NARRATIVA CONSTRUCTIVISTA?

Considerar las siguientes citas:

“Somos lo que pensamos. Todo lo que somos sale de nuestros pensamientos. Con nuestros pensamientos construimos el mundo” (Dhammapada, observación budista)

“Los sentimientos no son sustancias que se descubren en nuestra sangre, sino en prácticas sociales organizadas por *relatos* que representamos y contamos. Se estructuran bajo nuestras formas de comprensión” (Rosnoldo, 1984, p.143)

“Relatar una historia plausible para un conjunto de hechos es enormemente segurizante, particularmente cuando el relato cambia un conjunto de sucesos aleatorios en una historia cuidadosamente estructurada con un comienzo, un desarrollo y un final” (Spence, 1987, p.29).

“Construimos el mundo a través de nuestras percepciones y categorías de pensamiento.” (Lakoff y Johnson, 1980).

“Los relatos son el mortero que mantiene los pensamientos ligados, la molienda de todas nuestras explicaciones, pensamientos y valores” (Smith, 1990, p. 144).

“La vida empieza a tomar sentido cuando uno se ve a sí mismo como un actor en el contexto de una historia -sea cultural, religiosa, de una saga familiar, de ciencia, movimiento político, y así-. Muy temprano en la vida ya somos libres de escoger qué historia de la vida queremos vivir y más tarde nos damos cuenta que *somos vividos por la historia... por* eso, una paráfrasis de una de las advertencias más extremas de Shakespeare viene perfectamente al caso. **Cuidado con las historias que cuentas, ya que seguro que vas a ser vivido por ellas.**” (Howard, 1991, p.196).

“La gente que ha estado traumatizada resuelve sus experiencias *desarrollando nuevas explicaciones* sobre las causas y circunstancias de los hechos traumáticos; construyen una “teoría curativa” que explica el qué, por qué, y cómo sucedió y por qué actuaron de la manera que lo hicieron. El objetivo es construir una perspectiva nueva, más optimista.” (Figley, 1989, p.64, 65).

“Una vida es re-escrita y co-escrita.” (Shafer, 1992, p. x (5)).

“Cuando la acción de *contar la historia* llega a su conclusión, la experiencia

traumática pertenece verdaderamente al pasado. En este punto el superviviente se enfrenta a la tarea de reconstruir su vida en el presente, persiguiendo sus aspiraciones en el futuro.” (Herman, 1992, p.195).

Un número de autores de diferentes perspectivas teóricas han sugerido que el rol de las intervenciones es el de ayudar a los clientes a moverse desde la narrativa del desamparo, desesperación, y victimización a la de control, supervivencia y asunción de poder. Este proceso se le denomina dominio del trauma, resolución del trauma. Considerar la siguiente lista de autores, además de los ya citados, que han ofrecido tal perspectiva narrativa.

CUALES SON LAS DIFERENTES PERSPECTIVAS DE TRATAMIENTO QUE SE HAN UTILIZADO CON CLIENTES PTSD

Psicoterapia psicodinámica individual	Briere; Horowitz; Marmar y Freeman
Terapia individuales	Brende y Parson; Courtois y Sprei; Ochberg; Roth y Batson
Terapia conductual individual, implosión, exposición prolongada, exposición terapéutica directa, reducción del incidente traumático, relajación, y meditación. (Ver comentarios más adelante sobre las intervenciones basadas en la exposición)	Boudewyns et al.; Boudewyns y Hyer; Brom et al.; Brooks y Scarcano; Cooper y Clum; Fairbank et al; Foa et al.; Keane et al.; Levis; Litz et al.; Lyons y Keane; Moore; Saigh.
Desensibilización y reprocesamiento del movimiento del ojo (EMDR)(ver comentarios más adelante).	Boudewyns et al.; Hassard; Herbert y Mueser; Lohr et al.; Marquis; McCann; Metter y Michelson, Shapiro
Desensibilización asistida por biofeedback	Peniston
Entrenamiento individual y de grupo cognitivo-conductual de la inoculación del estrés	Ayalon; Foa & Rothbaum; Meichenbaum; Resick et al.; Solomon; Veronen y Kilpatrick
Terapia conductual dialéctica y de solución de problemas	D’Zurilla; Linehan.
Reestructuración cognitiva	Beck; Frank et al.; Jehu et al; McCann et al.; Resick y Schnicke.
Técnicas Gestalt	Scurfield
Terapia familiar y conyugal	Figley; Imber-Black et al.
Hipnosis y hipnoterapia	Brende; Dolan; Eisen; Frankel, Hammond; O’Hanlon; Spiegel y Cardena
Terapia estratégica y centrada en la solución	de Shazer; Dolan; Kingsbury
Terapia de reescritura	Epston; Gergen; O’Hanlon; White

Aprendizaje multimodal de habilidades generales	Draucker; Flannery; Loo; Prout y Schwarz; Scott y Stradling; Walker
Tratamientos abreactivos: uso de narcosis con clientes que tienen amnesia parcial o completa o que tienen episodios constantes de violencia provocados por los estímulos relacionados con el trauma, especialmente si el paciente ha estado bebiendo antes. Se hace un video de la sesión y más tarde el paciente y terapeuta lo revisan y tratan.	Kolb
Terapia postraumática	Ochberg
Psicoterapia de grupo, grupos de auto-ayuda, charla, (Ver comentarios más adelante sobre los beneficios potenciales de las intervenciones de grupo)	Brandt; Brende; Caul; Cole; Goodwin y Talwar; Herman y Shatzow; Mann et al.; Scrignar; Singer; Smith, Tsai y Wagner; Van der Kolk
Intervenciones basadas en la escuela y en la comunidad	Klingman; Joyner y Swenson (Hurricane Hugo Outreach Support Project) APA-Red Cross Intervention; Wenckstern y Leenaars
Intervenciones basadas en la familia (programas de superación, enfoque de los antecedentes familiares multiservicio incluyendo apoyo directo, grupos de apoyo de hermanos o padres)	Getzel y Masters; Masters et al.
Centros de apoyo familiar (las familias pueden soportar más estrés que las tropas y la vuelta a casa puede resultar más estresante que la ida)	Figley
Perspectivas ritualísticas-testimonios rituales, funerales, volver a visitar la escena, hablar con otros supervivientes, leer literatura de los supervivientes, misiones de supervivientes (por ejemplo, Madres en Contra de los Conductores Bebidos), hacer enmiendas, museo del Holocausto.	Agger y Jensen; Cienfugas; Oberchain y Silver; Silver y Wilson (Ver descripción más adelante de la ceremonia ritual para soldados y el testimonio ritual para refugiados políticos que han sido victimizados)
Expresión artística (escribir, dibujar, pintar, bailar, grabar)	Matsakis
Tratamiento simultáneo del drogadicto	Bollerud; Jellinck y Williams; Kofoed et al.; Schnitt y Nocks
Terapia de disfunción sexual	Becker y Skinner; Kirschners
Counseling inter-cultural de los clientes PTSD	Kinzie; Westermeyer
Programas breves de internamiento (por ejemplo, programa conductual-cognitivo de 28 días)	Alford et al.; Scurfield et al.
Perspectiva Biopsicosocial Integrativa	Schwartz
Atención religiosa o cura pastoral	Parlotz

<p>Tratamientos farmacológicos diseñados para controlar:</p> <p>a) Insomnio, reacciones exageradas al espanto, dificultades de concentración, síntomas de reexperimentación</p> <p>b) Hiperactividad fisiológica y evitación de estímulos que se parezcan al hecho traumático original</p> <p>c) Hiperreactividad tónica del sistema nervioso simpático</p> <p>d) Reducir la irritabilidad y elevar el estado de ánimo (por ejemplo, ver Shay, 1992, que utilizó con éxito Fluoxetina con los veteranos del Vietnam</p> <p>Considerar el siguiente esquema para el uso de la medicación:</p> <p>Medicaciones específicas:</p> <p>(1) Antidepresivos tricíclicos (TCAs)-reducen los síntomas específicos del PTSD tales como la hiperactividad, flashbacks y pesadillas traumáticas, pero tienen poco efecto en los síntomas de evitación.</p> <p>(2) Inhibidores MAO (Fenelzina)-reduce los síntomas intrusivos más que los de evitación y reducen en general la ansiedad y los síntomas depresivos. Requiere restricciones en la dieta, y abstención de alcohol y drogas.</p> <p>(3) Propranolol —bloqueador beta adrenérgico— disminuye la actividad del sistema nervioso simpático y es un tratamiento efectivo para la ansiedad y el trastorno de pánico.</p> <p>(4) Otras drogas utilizadas incluyen la Clonidina, Carbamazina, Lithium, Alprazolam.</p>	<p>Davidson; Friedman; Friedman y Charney; Schwartz; Shay; van der Kolk</p>
---	---

MEDICACIONES SUGERIDAS PARA EL TRATAMIENTO DEL COMPLEJO INICIAL DE SINTOMAS PARA SINTOMAS RELACIONADOS CON EL ESTRES POSTRAUMÁTICO

Síntoma objetivo	Medicación	Dosificación
Agudo		
Hiperactividad	Clonidina	0.1-0.4 mg/día
Ansiedad/Pánico	Propranolol Clonazepam	40-160 mg/día 1-8 mg/día
Insomnio	Flurazepam Temazepam	30 mg/horas 30 mg/horas
Agitación	Lorazepam Haloperidol	1-8 mg/día 2-20 mg/día
Crónico		
Re-experiencia	TCAs (antidepresivos tricíclicos) Fenelzina	50-250 mg/día 30-90 mg/día
Evitación, Irritabilidad	Fluoxetina	20-80 mg/día
Depresión	TCA TCA+Lithium TCA+tiroides	150-250 mg/día

* Friedman y Charney, 1991

Ver Meichenbaum y Turk (1987) *Facilitating Treatment Adherence* donde lo que el médico que prescribe y los consejeros adjuntos necesitan hacer es incrementar la probabilidad de que el cliente tome efectivamente la medicación prescrita. Ver esquemas sobre lo que se tiene que decir a los clientes para que sigan la medicación prescrita.

COMENTARIOS GENERALES SOBRE LOS TRATAMIENTOS

Tratamientos basados en la exposición

Los tratamientos psicológicos (especialmente aquellos que han usado el formato basado en la exposición) han demostrado reducciones en el nivel de distress de los clientes, recuerdos intrusivos, y actividad fisiológica. Esto incluye adultos y niños y adolescentes traumatizados por la guerra. Estas intervenciones han sido efectivas en reducir los llamados síntomas “positivos” de PTSD (es decir, actividad psicofisiológica y respuestas exageradas al espanto, pensamiento intrusivo, pesadillas y enfado). Los cambios en los síntomas “negativos” de PTSD son menos evidentes (es decir, alienación, reducción emocional, paralización física).

Green et al. (1980) observaron que los síntomas “positivos” y “negativos” de PTSD pueden tener diferentes determinantes y cursos y esto puede contribuir a diferentes respuestas al tratamiento. Ver la sección Exposición Terapéutica Directa.

Necesidad de mantener una postura crítica cuando se adoptan intervenciones específicas: El caso de Desensibilización del movimiento del ojo, EMDR (Eye Movement Desensitization).

Un ejemplo donde el entusiasmo sobrepasa los datos es en el caso de la *Desensibilización del movimiento de ojos (Eye Movement Desensitization (EMRD))*. El EMRD fue introducido por Shapiro en 1987 y desde entonces muchos médicos han tratado de utilizar este procedimiento de tratamiento. En recientes revisiones, se plantean importantes **precauciones** a la hora de utilizar el EMRD. El EMRD lleva al cliente y al terapeuta a identificar primero la experiencia traumática sobre la que se tiene que trabajar, y después evaluar las imágenes y pensamientos que pertenecen a la experiencia traumática. El recuerdo traumático se trata centrando al cliente en una imagen visual de la experiencia y/o en las sensaciones físicas atribuidas (??) a la respuesta traumática. El terapeuta pide al cliente que realice movimientos bilaterales de los ojos siguiendo el dedo del terapeuta a través del campo visual del cliente (ver Shapiro y McCann). Se notan mejoras después de intervenciones de 45 a 90 minutos.

Antes de adoptar esta forma de tratamiento el terapeuta con espíritu crítico debería considerar las conclusiones siguientes ofrecidas por autores que han revisado la literatura de EMDR, y a la vez, la respuesta de Shapiro.

“Mientras que el interés y entusiasmo que el EMDR desensibilizador ha

generado es importante, la cantidad de investigación empírica para evaluar el proceso es poca. Además, la cualidad de la investigación para evaluar su validez es exigua tanto en términos de variables de evaluación como de control de factores extraños inherentes al procedimiento clínico” (Lohr et al., 1992, p.166).

“Hasta que los resultados de estudios metodológicos no estén disponibles recomendamos a los clínicos que consideren el uso del EMDR con la debida reserva” (Herbert y Mueser, 1992, p.1974).

“Les pedimos a los terapeutas que sean cautos a la hora de defender la eficacia del EMDR, especialmente a la luz de la disponibilidad de otros tratamientos demostrados empíricamente para PTSD y las condiciones relacionadas (por ejemplo, Cooper y Clum, 1989; Keane et al., 1989; Foa et al., 1991)” (Mueser y Herbert, en prensa, p.2)

“En resumen, recomendamos extrema precaución a la hora de usar, aceptar o apoyar el EMDR” (Metter y Michelson, 1993, p.415).

Rituales ceremoniales para los veteranos de guerra (Ver Obenchain y Silver, 1992; Pérez, 1991; Silver y Wilson, 1988)

Pérez (1991) observa que “el ritual se refiere a las formas en que los individuos quieren normalizar sus mundos.” A través del ritual se busca control, continuidad y previsión del comportamiento. “Los rituales (y las rutinas resultantes) nos ayudan a apoyarnos y ancorarnos en nosotros mismos.” (p.224). Pérez explica cómo diversas actividades ceremoniales espirituales y sociales ayudan a los individuos a mantener un orden interno y un equilibrio. Numerosos terapeutas, siguiendo las sugerencias de Indios Nativos, ha utilizado diversas formas de rituales como instrumentos para ayudar a los clientes con PTSD a restablecer la estabilidad y el control.

Estas intervenciones rituales o ceremoniales pueden incluir:

a) Ceremonias que transmiten una apreciación del sacrificio del individuo para los demás (*sweat lodge ceremonies*).

b) Confirmación o miembro de una comunidad

c) Consideración positiva de las experiencias ya que reflejan conocimiento y sabiduría, no disponibles para otros (“lecciones de supervivencia que vale la pena conservar”)

d) ceremonias que transmiten singularidad valiosa

Obenchain y Silver discuten las ventajas de designar a una mujer como directora de tales ceremonias (o soldados de combate).

El método del testimonio: Procedimiento paso a paso (Agger y Jensen, 1990, p.120)

1.- Preparación: Si es posible se introduce al intérprete en el método verbalmente o a través de dossiers (un ejemplo de un testimonio o un artículo sobre el

método) antes de empezar la terapia.

2.- Contacto, elaboración de la alianza, y reformulación: El cliente aprueba al terapeuta y al intérprete y sobre una base de respeto y confianza se crea un foro de intercambio mutuo. El terapeuta construye la situación y los síntomas e introduce el método del testimonio como una forma significativa de trabajar con los síntomas. El cliente acepta el método.

3.- Dar el testimonio: Una secretaria graba y transcribe la traducción que hace el intérprete de las palabras del cliente -y si estos recursos no están disponibles- el mismo terapeuta las puede escribir durante las sesiones (si el cliente es muy elocuente el terapeuta puede ponerse de acuerdo con el cliente sobre una versión más condensada). Cada sesión empieza con una recapitulación de las últimas palabras de la sesión anterior. El terapeuta interrumpe de vez en cuando preguntando sobre las reacciones emocionales, o sobre las situaciones que necesitan clarificación. Normalmente, un testimonio abarcará los siguientes factores:

a) Background: Edad, país de origen, datos sociales, aspectos políticos, culturales y/o religiosos importantes.

b) La situación hasta el hecho traumático.

c) La historia del trauma con todo detalle: Días, horas, lugares. Descripción de métodos de tortura y la reacción a ellos. Ejemplos de la vida diaria en prisión. Esto puede complementarse con dibujos de sitios y situaciones.

d) La huida: El porqué y de qué forma se escapó.

e) Vida en el exilio

f) Sueños y esperanzas para el futuro y posibilidades reales.

g) Declaración final donde el cliente declara que es una historia verdadera.

4.- Colaboración en la edición y revisión del testimonio: Se corrigen los errores, las situaciones se describen con más precisión. Puede que se tenga que trabajar terapéuticamente más a nivel emocional. Se escribe el documento final.

5.- El ritual de entrega: El cliente firma el documento (a no ser que quiera permanecer anónimo), con el intérprete y el terapeuta como testimonios. El cliente (si las capacidades de lenguaje se lo permiten) o el intérprete leen el documento en voz alta. El documento se entrega al cliente. Ahora está en su posesión y puede decidir lo que quiere hacer con él.

6.- El dolor privado se ha convertido en dignidad política. El cliente puede utilizar el documento para finalidades privadas: como prueba de un caso de asilo político, o por ejemplo, como un texto altamente motivador en la clase de lenguaje. También se puede utilizar con finalidades políticas: mandarlo a organizaciones internacionales de grupos de exiliados como documentación, o permitir que se use en contextos profesionales como material informativo. Cuando se utiliza para esto último, el cliente y el terapeuta pueden decidir eliminar algunas partes del testimonio para reducir el riesgo de sufrimiento privado si se le reconoce.

7.- El testimonio revisado: Después de que la terapia se haya terminado, se

puede utilizar el documento si el cliente quiere volver a la terapia más adelante.

Las ventajas potenciales de los Tratamientos en Grupo (ver Brandt, 1989; Scurfield, 1985)

- a) Reexperiencia del trauma compartida
- b) Reducción del aislamiento y provisión de un sentimiento de legitimidad, comunidad, confort, apoyo
- c) Reducción de los sentimientos de estigmatización, aislamiento, alienación
- d) Incremento del apoyo social (ver Catherall, 1986)
- e) Procesar la “tarea inacabada” en un entorno de apoyo
- f) Actuar en un rol de ayudante y restaurar el orgullo propio
- g) Disminuir la culpabilidad y la vergüenza e incrementar el sentido de la confianza
- h) Resolver temas secretos (por ejemplo, con víctimas de incesto). Herman destaca la importancia y necesidad que tiene el hecho que los clientes se abran a otra gente y no sólo al terapeuta. Recalca el valor del grupo.

Brandt (1989) ofrece un modelo de terapia de grupo a *corto plazo* ilustrativo con mujeres adultas supervivientes al incesto en su infancia. Las características del programa incluyen:

a) 10 sesiones semanales, de una hora y cuarto a una hora y media; con seis u ocho miembros; dos mujeres terapeutas; grupos de edad heterogénea; problema homogéneo; clientes seleccionados.

b) Sesión 1: Introducciones. Discutir cómo uno se ve a si mismo, cómo se siente al estar en grupo, no hablar del incesto.

Sesión 2 y 3: Contar las historias del incesto con detalle (la mitad del grupo una semana, la mitad del otro la siguiente). Establecer metas a corto plazo a cumplir en 10 semanas. Establecer los objetivos a largo plazo.

Sesiones 4,5 y 6: Grupos abiertos. Discutir los temas que los miembros del grupo quieran (por ejemplo, situaciones de la vida, origen familiar).

Sesiones 7 y 8: Leer en grupo las cartas que se han escrito en casa, pero que no se han enviado, dirigidas al que abusó o a cualquier otro. Hablar sobre ellas.

Sesiones 9 y 10: Fase de terminación, reevaluar los objetivos.

c) Los temas que se tratan incluyen dificultades con la intimidad y confianza, victimización repetida, elección pobre en las relaciones, dificultades sexuales, distress emocional actual, síntomas físicos, dificultades de relación con la autoridad, preocupación referente a los propios hijos, ocurrencia intergeneracional del incesto (Ver Herman, 1981, para otros temas).

Algunos terapeutas combinan la psicoterapia grupal e individual (por ejemplo, Brende, 1981).

DURACION DEL TRATAMIENTO

Factores que influyen en la naturaleza de la duración del tratamiento

- 1.- El tipo y extensión del trauma (gravedad, duración, ejecución humana intencional)
- 2.- El tiempo que ha transcurrido desde el trauma.
- 3.- La naturaleza e intensidad de la sintomatología postraumática.
- 4.- El retraso entre el desarrollo de los síntomas y el comienzo del tratamiento.
- 5.- La naturaleza de la narrativa que se ha construido: sentido de coherencia, conclusión, percepción de “victimización”, capacidad de revelarse y respuesta a la propia revelación.
- 6.- El grado de ausencia de apoyo social.
- 7.- Características del cliente y su situación
 - a) ajuste de la premorbididad -ver los factores de riesgo-
 - b) características del cliente: edad, sexo, fuentes de enfrentamiento
 - c) experiencia de victimización secundaria.
- 8.- Recordar que el hecho traumático se puede asociar con un número de factores de estrés pre-existentes y resultantes (por ejemplo, separación familiar, lugar de crianza, etc.).

¿QUE SE PUEDE HACER PARA AYUDAR A LOS CLIENTES CON PTSD?

Una revisión de las Intervenciones de Tratamiento

Fase I (Este esquema les siguen las descripciones detalladas de cada rasgo principal del tratamiento. Estos tratamientos se pueden conducir individualmente, en grupo o sobre la base familiar).

1.- Establecer la alianza/relación terapéutica y solicitar un relato

a) La relación debería ser sensible, de ayuda, educativa, de confianza, compasiva, y sin juicios. El terapeuta tiene que colaborar, dar poder al cliente mediante la elección que el cliente puede hacer sobre el material a cubrir, ritmo de revelación, y opciones para la acción. El terapeuta actúa como un “aliado,” transmitiéndole que lo que le pasó era “inadecuado”, “injusto”, y que el cliente no se lo merecía.

b) Establecer las condiciones donde el cliente pueda explicar su relato, dar poder al cliente, darle opciones. Asegurarse de que *no* se convierta en un interrogatorio, ni una búsqueda de hechos. Al principio el cliente puede mostrarse poco dispuesto a compartir los detalles del hecho traumático (miedo a perder el control, abrumar al terapeuta, enfadarse mucho, sentirse avergonzado o culpable, sentimientos que se tienen que conocer, compartir, y resolver).

c) Ver la sección adjunta sobre la entrevista y el esquema sobre el que se puede

cubrir tales relatos (tipos de preguntas que se tienen que hacer, metáforas a considerar, características de los informes a las cuales se le debería prestar atención).

d) Establecer y asegurar la seguridad del cliente: si es necesario, tener planes concretos de seguridad. Asegurarse de que todas las necesidades de supervivencia se cumplan (comida, seguridad, cobijo).

2.- Educar al cliente sobre la naturaleza del PTSD y los síntomas que le acompañan

a) Ver la parte de este documento donde se trata de tal educación.

b) Evaluar la naturaleza del elemento de estrés, la sintomatología PTSD, las secuelas secundarias, y las fuentes de enfrentamiento.

c) Ver “medidas de evaluación posibles”

d) Ayudar al cliente a reconocer, nombrar y vigilar los síntomas -ver la parte de este informe sobre el cómo incrementar la adherencia y la auto-vigilancia-.

3.- Validar y ayudar al cliente a reformular las reacciones

a) Reconocer y validar la experiencia del cliente, empatizar con el dolor y distress.

b) Plantear cuestiones que ayuden a recontextualizar la experiencia

c) Recontextualizar los síntomas del PTSD como mecanismos de enfrentamiento protectores.

d) Normalizar y “elogiar” al cliente por estar afligido.

Fase II

1.- Controlar los síntomas objetivo

a) Ayudar al cliente a romper las reacciones y los factores de estrés globales en pasos más manejables, prescriptivos conductualmente y más específicos. Ayudar al cliente a distinguir entre los aspectos cambiables y no cambiables de las situaciones estresantes y como utilizar los esfuerzos de enfrentamiento centrados en la emoción y en el problema en situaciones apropiadas.

b) Utilizar procedimientos de enfrentamiento de inoculación del estrés. El terapeuta desarrolla *colaborativamente* una reconceptualización del proceso de distress. Ofrece un punto de vista más diferenciado e integrado del proceso de estrés consistente en diferentes elementos que atraviesa diversas fases. Utilizar la experiencia y conducta del cliente para apoyar el modelo. Este modelo permite intervenciones específicas. El cliente practica habilidades de enfrentamiento específicas.

c) Utilizar intervenciones cognitivo-conductuales para controlar los síntomas objetivo específicos. Por ejemplo, ver la parte sobre el tratamiento de flashbacks. Aplicar el aprendizaje de relajación para controlar la hiperactividad, procedimientos graduales in vivo para controlar las conductas de evitación.

d) Controlar para determinar si la medicación psicotrópica es la indicada. Apoyar la aceptación de la medicación prescrita.

Fase III

1.- Ayudar al cliente a reestructurar la historia del trauma y el significado del trauma y sus implicaciones (ayudar al cliente a cambiar de “víctima” a “superviviente”)

Se han utilizado muchas técnicas terapéuticas para alcanzar los objetivos de recuerdo, construcción de significado, transformación y transcendencia de los recuerdos, duelo. Se diseñaron estas técnicas para ayudar a los clientes a ver los recuerdos desde una perspectiva, a sentirlos de forma menos abrumadora.

a) Intentar que el cliente reexperimente y recuerde el trauma aquí y ahora. Se guía al superviviente a través de los que Scurfield (1985) llama, “dosis tolerables de conocimiento.” El centrarse en las reacciones iniciales de rabia/enfado revelará sentimientos de pena/tristeza.

b) Volver a exponer el cliente a los hechos traumáticos de manera estructurada y apoyándole (por ejemplo, exposición terapéutica directa, relato metafórico, representaciones conductuales, inducciones hipnóticas, exposiciones graduales in vivo, ofrecer testimonio). Se pueden utilizar medios de comunicación no verbales.

c) Utilizar procedimientos de reestructuración cognitiva. Poner el trauma en un contexto. Ayudar a buscar el significado. Controlar las “distorsiones cognitivas”, reconstruir las “conjeturas quebrantadas,” y asumir “menor responsabilidad por el trauma” (Spiegel, 1988). Aceptar la imposibilidad de resarcirse.

2.- Desarrollar y movilizar las relaciones de apoyo-conectar con otros y reconstruir la supervivencia

a) La reconstrucción de la relación puede tomar diversas formas. El cliente tiene que llegar colaborativamente a un acuerdo con cada una de ellas. Por ejemplo, incluir a otros en el tratamiento (esposo/a, miembros de la familia), tratamiento de grupo, grupos de charla. El objetivo de estas intervenciones es ayudar a los clientes a comprender que no tienen que “contaminar” las otras relaciones debido a su trauma.

En el caso de la terapia de víctimas de incesto, el tratamiento determinado colaborativamente incluye normalmente:

- (1) desarrollo de la alianza terapéutica
- (2) recuperación de los recuerdos traumáticos
- (3) participación de la pareja de la víctima del incesto para corregir la relación, los problemas sexuales y la educación de los hijos
- (4) confrontación y reparación con la familia de origen -prepararlo mediante ensayos conductuales e imaginarios.
- (5) terapia de pareja para corregir la intimidad y las dificultades sexuales (ver Kirschner et al., 1993, *Working with incest survivors: The healing journey*. Brunner/Mazel).

b) Trabajo de reparación con otros (pareja, familia de origen) que pueden ser simbólicos en su naturaleza. Esto puede contribuir a los sentimientos de perdón y

resolución.

c) Ayudar al cliente a movilizar sus propios recursos:

(1) recurrir al sistema de creencia implícito para desarrollar una comprensión sobre lo que pasó, porqué, porqué reaccionó tal como lo hizo. Utilizar el sistema de creencias religiosas o filosóficas.

(2) los clientes pueden participar en varias actividades rituales, tanto individualmente como en grupo (por ejemplo, practicas de purificación de los Indios Nativos Americanos; ver el sitio de la victimización otra vez, participar en un servicio conmemorativo).

(3) llevar a cabo intentos restauradores de escribir narrativa de enfrentamiento (por ejemplo, escribir cartas, “periodismo”-qué pérdida, efectos sobre la vida, especificar las reparaciones deseadas; que el soldado visite la familia del amigo que mató en un fuego amigo; dar testimonio, etc.)

d) Dar poder al cliente animándolo y haciéndole actuar como “ayudante” para otros. Alimentar las relaciones con otros. Por ejemplo, conciencia a la gente, contar la verdad, perseguir la justicia, portavoz de la “verdad.”

e) Ver la parte sobre la cata que el terapeuta puede escribir al cliente que está “apoyando”. Este material también se puede transmitir oralmente. Considerar otros tipos de cartas que se pueden escribir.

Fase IV

1.- Fase final

a) Reentrenamiento de la atribución:

(1) Esta fase final debería transmitir un sentido de realización o logro de lo que el cliente ha hecho casi por si solo. El terapeuta puede actuar como “ayudante” o “entrenador.” Este estilo atribucional se transmite a lo largo del tratamiento, pero es al final del tratamiento cuando se realiza más. Asegurarse de que el cliente se atribuye el mérito de los logros-el cliente puede incluso escribir esto. Reforzar la confianza en si mismo, el sentido de competencia, la eficacia del cliente.

(2) Estimar y discutir el trabajo de recuperación que se ha dejado atrás.

(3) Hablar sobre los esfuerzos que prevengan la recaída: se le enseñan al cliente formas de anticipar, aceptar y afrontar las posibles recaídas. Conscienciarle de que los síntomas de PTSD pueden ocurrir otra vez cuando el cliente se halle bajo circunstancias específicas (aniversario) o estresantes. Señalar que esto es normal. Ahora el cliente puede ejercer alguna “autoridad”, “elección” sobre los síntomas (por ejemplo, puede elegir entre recordar o dejar el recuerdo de lado). Señalar las respuestas de enfrentamiento positivas, “espiral adaptativa,” en vez de “círculo vicioso de destrucción”. Utilizar los términos descriptivos metafóricos del cliente. Por ejemplo,

“Los recuerdos no se van, pero pierden su cualidad dominante”

“Los recuerdos ya no pueden parar tu camino”

“Los recuerdos ya no te hacen sentir emocionalmente mal”

(Ver la parte de metáforas “curativas” que el cliente usa).

(4) Se puede utilizar un ejercicio *imaginario de recaída*, tal como ha sugerido Dolan (1991). Hacer imaginar al cliente una recaída tan detallada como sea posible. Hacer imaginar al cliente qué es lo que la causó, y después imaginar lo que el cliente aprendería de esta recaída. Forzar al cliente a imaginar lo que podría hacer para evitar que la recaída empezara a escalar hasta llegar al punto de partida. Considerar lo que podría mitigar o evitar la recaída. Ayudar al cliente a ver las recaídas como experiencias de aprendizaje. La caídas y recaídas dan información útil sobre qué y cómo es capaz de responder el cliente. Se pueden considerar las recaídas como “respuestas condicionadas a estímulos” (recordatorios); “estructuras de recuerdos que se desencadenan.”

(5) Algunos grupos celebran una ceremonia de despedida (por ejemplo, preparar un regalo imaginario para los otros miembros del grupo que refleje lo que significan para ti y lo que te gustaría significar para cada uno de los miembros) (ver Herman, 1992).

(6) Se anima a los clientes a llamar o escribir al terapeuta siempre que quieran.

EDUCAR AL CLIENTE SOBRE LA NATURALEZA DEL PTSD Y EL PROCEDIMIENTO DE RECUPERACION

(Ver Epstein, 1992; Herman, 1992; Meichenbaum; 1993; Prouty Schwarz, 1991, Scurfield, 1985)

Estos temas no se deberían dar de un modo didáctico, sino que se deberían mezclar en el discurso social del counseling. (Ver Meichenbaum y Turk (1987), *Facilitating Treatment Adherence* para esquemas específicos a seguir cuando se educa a los clientes, así como la sección correspondiente de este informe).

1.- Considerar la gravedad del trauma. Los hechos traumáticos pueden producir síntomas en *casi todo el mundo*, a pesar de la experiencia pre-trauma. Es una *respuesta normal a una situación anormal*.

2.- Utilizar la metáfora de los *resultados o post-shock psicológico* para describir tanto las reacciones inmediatas como las retrasadas. Esto puede aparecer *durante, antes o mucho después* (por ejemplo, imágenes intrusivas, paralización, rabia, pena, etc.). Hacer entender que trauma significa herida. De la misma forma que un cuerpo puede ser herido una “psique” o “mente” también puede ser herida.

3.- No es extraño que uno tenga miedo “a perder el control”. Esto no significa que “se esté volviendo loco.” Más bien, es una señal de que hay importantes aspectos que trabajar en el trauma.

4.- Educar a los clientes sobre los síntomas de PTSD y respuestas de “huída” y “lucha”. También comentar la tentación y peligros de abusar del alcohol y drogas como una forma de enfrentarse (evitar, reducir) al impacto de los síntomas de PTSD. Transmitir información sobre los posibles efectos que el hecho de haber sido

victimizado puede tener en la confianza, intimidad, y relaciones sexuales.

5.- Recontextualizar los síntomas como “señales de enfrentamiento” y como “mecanismos de protección y curación” y parte “normal” del proceso de recuperación. Por ejemplo:

(1) la ideación intrusiva es un intento de dar significado a la experiencia, el intento del cerebro de asimilar la experiencia. No dejar que la experiencia se vaya, sino darle un sentido; flashbacks y pesadillas son rutas de acceso al recuerdo;

(2) paralización/negación son maneras que la mente tiene para tomarse un “tiempo de descanso”, “dosificar” o “establecer un ritmo” propio de forma que no tengas que enfrentarte a todo el estrés al mismo tiempo;

(3) la disociación durante los acontecimientos es una capacidad auto-hipnótica potencialmente útil (describir como Frankenthal (1969) utilizó la disociación para enfrentarse a la violencia que se experimentaba a ser repetidamente violado por las tropas de las SS en un campo de concentración);

(4) el comportamiento de auto-inculparse es un intento de controlar el comportamiento futuro;

(5) hablar de la “verdad del cuerpo,” e.g., “la negación es una de las pequeñas gracias de la naturaleza,” “la mente saca tiempo a la sobreestimulación;”

(6) señalar que el cliente hizo lo que tuvo que hacer para salvar su vida. **“Existe una sabiduría en la supervivencia que hay que preservar”;**

(7) el deseo de venganza es la imagen en el espejo del recuerdo traumático con el rol del agresor y la víctima cambiados.

6.- Transmitir que las “habilidades de supervivencia” que el cliente utilizó y se ajustaron en su momento puede que ahora ya no sean apropiadas. No es que el cliente esté “enfermo” o “loco”, sino que reacciona a las situaciones presentes de la misma forma que lo hizo en el pasado. Tema del estancamiento y “transferencia traumática” o respuestas sobregeneralizadas a otros.

7.- Educar al cliente sobre los “mitos” populares que están ligados a sus hechos traumáticos. Por ejemplo, los mitos que envuelven a la violación (ver Matzakis, 1993; Roth y Lobowitz, 1988).

8.- Elogiar al cliente por estar afligido. El terapeuta puede decir algo como lo siguiente: “Dado lo que has tenido que pasar, si no tuvieras reacciones estresantes, no estuvieras deprimido, no persistieras en lo que pasó, no te enfadaras (utilizar los síntomas del cliente), entonces sí que estaría realmente preocupado. Estos comportamientos nos muestran que estás en contacto con tus sentimientos” Reiterar al cliente “Tu experiencia es una respuesta normal a una situación anormal. *No* es una señal de que te estás volviendo loco o estás perdiendo el control”.

9.- Indicar que el PTSD necesita ser tratado y que la recuperación puede ser muy larga.

10.- Contar al cliente que la sintomatología puede que no desaparezca totalmente, ni para siempre. Esto no significa que el cliente esté “atrapado” o que

haya obtenido un resultado negativo, sino que existe una necesidad de “moldear” y “superar” (transmitir esperanza). Indicar que hay síntomas “positivos” y “negativos” que indican que uno nunca olvida completamente. A veces los recuerdos aparecen repentinamente, otras veces están conectados a hechos externos o internos. *Juntos* buscaremos estas conexiones.

Darse cuenta que algunas veces a los clientes se les ha dicho “deja el trauma a tus espaldas” o bien “olvidalo, ya se ha terminado.” La mayoría de los clientes con PTSD encuentran que estos mensajes “no son de ayuda” ya que se consideran como negaciones al impacto y significado de sus experiencias, e intentos de evitar la integración de la experiencia traumática (Roth y Lebowitz, 1988).

11.- Indicar que es posible que los síntomas “empeoren antes de mejorar” a medida que trabajemos y hablemos sobre lo qué pasó y por qué, a medida que nos centremos en el trauma. Esto es muy probable. Pero es un paso necesario para superar lo que pasó. “*Yo estaré contigo en este proceso*” (Scurfield, 1985, p.242) “Podemos desarrollar una asociación para sobrevivir y enfrentarnos con un hecho que todavía es peligroso”.

12.- Como resultado de tales esfuerzos, los síntomas post-trauma se pueden controlar, reducir su gravedad y frecuencia de aparición, e incluso eliminarlos (transmitir esperanzas positivas). También, transmitir que es un proceso que ayudará al cliente a “comprender lo que ha estado sucediendo, lo que sucede ahora, y lo que puede pasarte, y lo que puedes *hacer* respecto a ello” (transmitir un sentimiento de elección y control).

13.- “Finalmente, a pesar de que puede ser difícil creer en ello, incluso habrá algunos *beneficios positivos para ti y tu vida* como resultado de las experiencias que has tenido y tu voluntad de enfrentarte ahora a ello y resolver lo que tienes que resolver. Por ejemplo, tienes que ser *muy fuerte* para haber experimentado lo que has experimentado y estar aquí, hablándome de ello hoy” (Scurfield, 1985, p.242).

¿COMO SE PUEDEN TRATAR LOS FLASHBACKS DEL CLIENTE? (Ver Dolan, 1991; Matsakis, 1992; Meichenbaum, 1993; Musicar y Josefowitz, 1992)

Objetivos del tratamiento

- 1.- Que el cliente acepte e integre la experiencia fijada en el flashback.
- 2.- Que el cliente controle cuando ocurren los flashbacks y sus reacciones a ellos.
- 3.- Que el cliente evite y minimice el impacto del flashback.
- 4.- Influenciar lo que el cliente se dice a si mismo sobre el flashback.

Formato del Tratamiento (4 posibles fases)

- I.- Educación

- II.- Fortalecer la capacidad de enfrentamiento
 - A) Identificar los desencadenantes
 - B) “Poner los pies en tierra”
- III.- Cambiar el recuerdo.
- IV.- Procesar e integrar el flashback.
- V.- Otros puntos
 - A) Flashbacks durante el sexo
 - B) Tratamiento de los “otros” en el trastorno de personalidad múltiple (MPD)

Esquema de tratamiento

I.- Educación

- a) Ayudar al cliente a entender mejor la naturaleza de sus flashbacks.
- b) Señalar que los flashbacks son recuerdos, pero estos recuerdos no son como los otros porque a menudo vienen acompañados por emociones intensas tales como sentimientos de terror y pavor. Transmitir que el flashback significa que se ha desencadenado un “viejo” recuerdo debido a un hecho evocador (a veces un parecido inconsecuente con el pasado, a veces un parecido simbólico). Se puede utilizar la metáfora de la “respuesta condicionada” a un estímulo evocador para explicar el flashback.
- c) Avisar a los clientes que los flashbacks pueden aparecer en forma de sueños, y sentimientos intensamente dolorosos, así como experiencias intrusivas.
- d) Ayudar al cliente a *normalizar* y *recontextualizar* los flashbacks como un ejemplo del intento del cliente para *curarse* de la experiencia traumática para que pueda seguir “adelante con la vida”.
- e) Los flashbacks son “los intentos de la mente para dar sentido a hechos significativos. Esto es normal y adaptativo”.
- f) Transmitir que lo que se hará en esta fase de tratamiento es considerar 3 *estados de flashbacks*, es decir,
 - (1) los “desencadenantes”
 - (2) “la aparición” de los recuerdos
 - (3) “los resultados”
- g) Transmitir que ayudarás al cliente a examinar su modelo de flashback. Asegurar y dar confianza al cliente que será capaz de “contrariar” a los viejos “recuerdos”
- h) Escuchar cómo el cliente habla del flashback, especialmente las metáforas que transmiten la ausencia de control (por ejemplo, estos pensamientos “me visitan”, “aparecen”, “tienen su propia vida”, etc). Explorar entonces, el impacto de estas experiencias. Obtener descripciones específicas ya que darán la base para identificar los desencadenantes.
- i) Transmitir al cliente que el tratamiento debería disminuir la probabilidad que

los flashbacks ocurran y minimizar su impacto cuando ocurran, pero que el tratamiento no evita “infaliblemente” los flashbacks.

j) Prestar atención a los temas, creencias y emociones comunes que envuelven los flashbacks (por ejemplo, la creencia que el flashback es un signo de “volverse loco,” “atrapado para siempre”, “ser una víctima”). *Reconocer y normalizar* tales sentimientos y miedos como comprensibles, normales, dada la severidad del factor de estrés y la intensidad de las emociones que conllevan los flashbacks.

k) Prestar atención, igualmente, a temas comunes de miedo de abandono, pérdida de control, vulnerabilidad tal como se reflejan en los flashbacks. Esto se usará más adelante en el tratamiento en la sección de reestructuración cognitiva.

II.- Fortalecer las habilidades de enfrentamiento

A) *Identificar los factores desencadenantes*

a) Explorar con el cliente las situaciones que probablemente desencadenarían un flashback, “¿Había algo particularmente problemático en la situación?” Las siguientes cuestiones ayudarán al cliente a identificar los factores desencadenantes.

Posibles preguntas para el cliente sobre los flashbacks

(1) Por favor, describe tus flashbacks

(2) ¿Tienes idea de lo que ha podido desencadenar estos flashbacks/sentimientos?

(3) ¿Te habías sentido alguna otra vez de esta manera?

(4) ¿En que situación te encontrabas la última vez que te sentiste así?

(5) ¿Hay alguna cosa en tu vida ahora que te recuerde cómo te sentiste durante el hecho traumático? ¿durante flashbacks anteriores?

(6) De qué forma tu situación actual y la anterior son semejantes, si es que hay alguna similitud?

(7) ¿En qué *difiere* tu situación actual de la del pasado en la cual tuviste sentimientos/flashbacks semejantes? ¿En qué *difiere* el marco?

(8) ¿Qué aspectos de la experiencia son más probables que desencadenen el flashback?

(9) ¿Qué acciones, si es que hay alguna, llevas a cabo para controlar mejor los flashbacks/sentimientos?

(10) ¿Qué te gustaría hacer para sentirte mejor si estos flashbacks ocurriesen otra vez?

b) Hacer identificar al cliente los factores desencadenantes y los diferentes tipos (por ejemplo, reacciones al aniversario, factores de estrés actuales, presentaciones de los medios de comunicación, conversación y otros factores recordatorios).

c) Hacer que el cliente se auto-controle mediante la redacción de un diario. Preguntas sobre la auto-vigilancia deben incluir:

(1) cuándo ocurrió el flashback;

(2) dónde estaba el cliente;

- (3) qué estaba haciendo;
- (4) quién estaba con él;
- (5) el cliente puede escribir “el desencadenante/reacción/recuerdo traumático”
- d) Ver los esquemas en este informe sobre cómo ayudar a los clientes a adherirse a la solicitud de auto-vigilancia.

e) Ayudar al cliente a ver cualquier modelo de flashback (por ejemplo, efectos del aniversario, estímulos externos o internos desencadenantes).

f) El proceso de esta información ayuda a fortalecer el sentimiento de control del individuo. Transmitir que saber cómo limitar o minimizar la *duración e intensidad* (impacto) de la experiencia del flashback cuando empieza a ocurrir puede darle más seguridad. El cliente también aprenderá la formas de recuperarse más rápidamente evitando de esta manera que el flashback interfiera en su vida.

B) Desarrollar estrategias de enfrentamiento para evitar y confrontar los flashbacks.

a) Ayudar al cliente de forma colaborativa a *explorar* las formas en que puede *evitar situaciones que desencadenen flashbacks* y enfrentarse con las respuestas si ocurren.

b) Discutir la manera en que se pueden llevar a cabo tales estrategias.

c) “Poner los pies en el suelo” metáfora ofrecida por Musicar y Josefowitz

(1) Ayudar al cliente a mantener al menos algún conocimiento sobre el mismo y su situación cuando el flashback ocurre.

(2) Enseñar al cliente a respirar lentamente y habilidades de relajación -ver esquemas sobre la relajación. Seguir, de nuevo, el esquema de auto-vigilancia par aumentar la adherencia del cliente. Ayudar al cliente a apreciar que hay cosas que el cliente puede “escoger hacer” en respuesta a los flashbacks.

(3) Hablar de la forma en que el cliente puede aprender a volver al presente, estar consciente del presente. Dolan sugiere que el cliente tenga un elemento de asociación (por ejemplo, objeto, poema) que actúe como recordatorio de seguridad y alivio.

(4) Ayudar al cliente a identificar las primeras señales del flashback y después utilizar respuestas de enfrentamiento tales como procedimientos auto-instructivos inoculadores de estrés. Por ejemplo, “Tengo un flashback. Me llamo y tengo años. Estoy en (nombre del lugar y entonces utilizar otras declaraciones de autoenfrentamiento.” (Ver la sección sobre posibles autodeclaraciones).

(5) Otra opción es que el cliente encuentre un “lugar seguro” cuando tenga un flashback. Notar que este “lugar seguro” puede ser en un lugar físico con un amigo o puede ser un “lugar seguro” dentro de uno mismo. Este “lugar seguro” basado en las imágenes es especialmente útil con los niños (ver Rhue y Lynn, 1991).

(6) El terapeuta puede dar un objeto al cliente que le recuerde la relación terapéutica o que le haga sentir seguro.

(7) El cliente puede seleccionar un elemento desencadenante particular con el

que trabajar.

d) Dolan sugiere que el terapeuta utilice la siguiente exploración para fortalecer la capacidad de enfrentamiento del cliente:

(1) ¿Cómo superaste estos sentimientos/flashbacks la última vez que los tuviste?

(2) Qué *diferencia* hay, si es que hay alguna, cuando haces la conexión entre cómo reaccionas ahora y los sentimientos desencadenados o el recuerdo del pasado?

(3) ¿Cuál sería la primera señal de que te estás calmando? ¿qué te hace capaz de enfrentarte con el flashback?.

(4) ¿Cuál crees que puede ser la siguiente señal?

(5) ¿Cómo crees que esto te ayudaría?

(6) ¿Qué diferencia habría?

(7) ¿Qué es lo que aprendiste de lo que te pasó que podría ayudarte si lo volvieras a sentir (experimentar) otra vez?

(8) ¿Cómo sabrías que lo que estás haciendo es lo que necesitas para...? (por ejemplo, enfrentarte a tu flashback, notar el comienzo del flashback, etc.)

III.- Cambiar la memoria

Hay una variedad de procedimientos basados en imágenes que han estado diseñados para juntar y alterar los recuerdos traumáticos del individuo (por ejemplo, recuerdo imaginado de los hechos traumáticos y trabajar para transformar la secuencia e impacto de los hechos; “desacoplar” el sentimiento destructivo que va ligado al recuerdo). También se puede pedir al cliente que se “quede” en el flashback (no intentar “combatirlo,” o “evitarlo”, sino hacer todo lo contrario). El terapeuta puede sugerir que el cliente “aprenderá algo importante y valioso del recuerdo que necesita entender para empezar a integrar el recuerdo y superarlo” (Dolan, 1991, p.156).

IV.- Procesar e integrar el flashback

a) Ayudar al cliente a dar sentido a la experiencia del flashback mediante su “externalización” de manera que la consciencia de cada día pueda acceder a él.

b) Se anima al cliente a escribir, hablar e incluso dibujar la experiencia de manera que pase de “una revivencia del pasado sin sentido y aleatoria” a una parte llena de significado y controlable de la narración biográfica de uno mismo. Ayudar al cliente a “externalizar” el dolor emocional hablando, escribiendo, dibujando, utilizando barro, o cualquier otro medio que el cliente sugiera o prefiera.

c) El cliente y el terapeuta tiene que examinar los “mensajes” sobre el cliente y las relaciones codificadas en el flashback. Prestar atención a las cuestiones de culpabilidad, responsabilidad, y vulnerabilidad y utilizar después los procedimientos de reestructuración cognitivos descritos más adelante.

d) Ayudar al cliente a deducir los “mensajes” de sus sueños y flashbacks.

e) Asegurarse de que el cliente se *otorga el mérito* de los cambios. Utilizar verbos metacognitivos de “darse cuenta”, “atrapar”, “interrumpir”, “auto-vigilancia”, “control”, “utilizar una estrategia de juego”. Notar el grado de utilización espontánea de estas palabras.

f) Guiar la prevención de la recaída.

V.- Otras cuestiones

A) *Flashbacks durante el sexo*

Dolan (1991, p.176) sugiere las siguientes acciones. El cliente debería:

a) Tan pronto como el cliente note el flashback abrir los ojos y darse cuenta de dónde está. Notar las diferencias entre el compañero y el agresor, entre el medio físico presente y el que se recuerda en el flashback.

b) Centrarse en su símbolo de alivio y seguridad.

c) No intentar responder sexualmente hasta que el flashback se haya ido. Haz saber al compañero lo que está pasando ya que es una cosa mutua.

d) Haz decir al compañero palabras reconfortantes que habéis identificado juntos como útiles en este tipo de situación.

e) No reanudar el sexo hasta que te sientas confortable (Dolan también sugiere que el cliente se diga al “pequeño/a niño/a de dentro” que ahora está en lugar seguro) (*Precaución* a la hora de emplear estas metáforas tales como “pequeño/a niño/a” o el uso de Dolan de la metáfora de “hablar directamente a lo inconsciente” u “obtener el permiso del inconsciente” especialmente con los clientes borderline y con trastorno de personalidad múltiple. Precaución con la terminología yatrogénica).

B) *Tratamientos de los “otros” en el Trastorno de Personalidad Múltiple.* (ver también Putnam, 1989; Ross, 1989).

a) Ayudar al cliente a entender qué desencadenó la necesidad de que aparecieran “otros.” Darse cuenta de los desencadenantes de episodios disociativos o “cambiantes” (reformularlos como una forma exagerada de evitación)

b) Recontextualizar el uso de “otros” como una técnica de enfrentamiento que ya no es necesaria (ver la sección sobre educación).

c) Cambiar información sobre la victimización, la revivencia del pasado, pero entonces “olvidarse del pasado y vivir la vida”

¿COMO PUEDEN LOS TERAPEUTAS TRATAR LA IDEACION INTRUSIVA?

Exposición Terapéutica Directa (Direct Therapeutic Exposure, DTE) (Foa et al., 1993; Keane et al., 1992; Smucker et al., 1993)

“Los recuerdos sin emociones casi nunca producen un resultado” (Breuer y Freud, 1957, p.6)

“Visitar la escena del terror y horror y con eso eliminar el dominio del terror y horror.” (Ochenberg, 1988, p.12)

“Cada sesión de terapia de exposición es como sacar una capa a una cebolla; después de varias sesiones, se llega a la parte central más olorosa, y a partir de aquí ya no huele más” (Rothbaum y Foa, 1992, p. 222).

Duración y formato de las sesiones de DTE

(Ver Lyons y Keane, 1989 para una descripción detallada del procedimiento).

1.- Los terapeutas utilizan de 9 a 14 sesiones semanales o bisemanales. Las sesiones pueden durar de 60 a 90 minutos.

2.- Las sesiones iniciales (1 y 2) se centran normalmente en la recolección de información y datos, ofreciendo la ración fundamental del tratamiento, y la formulación de un plan de tratamiento. Las siguientes cuestiones han sido sugeridas por Foa y Rothbaum y Smucker et al. como medios para solicitar detalles sobre el hecho traumático.

a) ¿Cuándo sucedió?

b) ¿Cuánto duró?

c) Pedir al cliente que empiece la historia desde el comienzo del incidente y pedir al cliente que indique cuándo ha terminado. Si el terapeuta utiliza imágenes para recordar *no* insistir que cierre los ojos.

d) Preguntar al cliente todas las cosas de las cuales es consciente. Describir los alrededores más inmediatos.

e) Explicar lo que pasó. Empezar desde el principio del accidente hasta el final. Avisar cuando se haya llegado allí.

f) ¿Hay algún incidente anterior similar a éste?

g) ¿Qué te parece el incidente ahora?

3.- Las sesiones 3 a 9 se utilizan para la exposición imaginaria al trauma original.

4.- Algunos terapeutas combinan la exposición imaginada con el aprendizaje de relajación y con los “deberes” de escuchar cintas con las sesiones de exposición imaginadas grabadas en ellas. Esto se puede complementar con la exposición in vivo, si es posible. Por ejemplo, volver a la escena traumática. El formato del tratamiento sigue esta secuencia:

a) Los 15 minutos iniciales revisión de la semana anterior, síntomas, estados de ánimo, señales de recuperación, y deberes asignados.

b) 10 minutos de relajación.

c) 45 minutos de exposición.

d) 10 minutos de relajación.

e) 10 minutos de integración de información.

La relajación ofrece al cliente algunos sentimientos de control.

5.- Pedir al cliente que se imagine la escena traumática (por ejemplo, escena del ataque) tan real como sea posible, como si estuviera *sucediendo ahora mismo*. Se anima al cliente a describir la escena traumática en primera persona y presente

simple. La descripción del cliente debería proseguir lentamente incluyendo todos los indicios de exposición.

Asegurarse de que el cliente revive el hecho traumático, no que sólo lo describe. El cliente debe introducir índices internos y externos (pensamientos, sentimientos, reacciones fisiológicas y consecuencias temidas). La descripción del cliente debería incluir el tiempo anterior a los hechos traumáticos, el hecho mismo, y lo posterior al hecho.

6.- El cliente debe seleccionar el hecho. El incidente seleccionado debería ser uno que haya tendido a aparecer en flashbacks del cliente o que sea traumático de forma sobresaliente. Siempre que sea posible, dar al cliente capacidad de elección y control en la sesión.

7.- Hay que preparar al cliente para la intervención. Evaluar cuando el cliente puede tolerar incrementos en la exacerbación de los síntomas que acompañarán los episodios de exposición.

8.- Educar al cliente sobre los síntomas de PTSD y revisar el intento del cliente de comportamiento evitante. El objetivo del DTE es exponer intencionalmente al cliente a los recuerdos que ha estado evitando activamente. Dar la razón fundamental del por qué exponer al cliente a recuerdos “dolorosos” será beneficioso; es decir, revisar el incidente traumático tantas veces como sea necesario para conseguir la resolución.

“Ya que el cliente ha sobrevivido al hecho traumático original no tiene por qué no sobrevivir a una repetición. Sólo mediante la repetición será capaz de solucionarlo y superarlo.” (Rothbaum y Foa, 1992).

Un “condicionante” o marco de procesamiento de información es lo que se utiliza normalmente como razón fundamental. Algunos clientes preguntan, ¿hay alguna forma de librarse de este distress?” Dolan recuerda al cliente la observación de Bass y Davis: “la única forma de librarse es pasar por ello”.

9.- Explicar al cliente lo que tiene que esperar. Señalar al cliente que los síntomas pueden aumentar y durar unas cuantas semanas antes de que disminuyan. Hacer notar que el incremento es sólo temporal y *no* una señal de fracaso del tratamiento, ni que el “cliente pierda control”, ni que “se vuelva loco”. Si hay “otros” envueltos en el tratamiento, señalarles los posibles efectos del tratamiento DTE.

10.- Las variables de la relación terapéutica son factores muy importantes para crear la alianza terapéutica, que se necesita para ayudar al cliente a lo largo de la experiencia atemorizante. El terapeuta debe ser sensible, dar ayuda, y no emitir juicios cuando escuche el relato sobre el hecho traumático del cliente. El terapeuta también debería darse cuenta del impacto que le produce sobre sí mismo el oír tales relatos. Es necesario interrogar al terapeuta, darle apoyo. “Curar a los que curan”.

11.- Algunos terapeutas que utilizan el DTE enseñan a sus clientes la relajación muscular progresiva. Se pide a los clientes que se relajen al principio de cada sesión imaginada y al final de la sesión.

12.- Se pide al cliente que describa los hechos traumáticos a través de una jerarquía y que establezca graduaciones de “unidades subjetivas de distress” (subjective units of distress, SUDS) en varios puntos de la exposición imaginada (por ejemplo, cada 10 minutos).

13.- *No* terminar la sesión si el cliente permanece en distress, Asegurar al cliente que si ha sobrevivido al trauma real entonces es capaz de sobrevivir al recuerdo. Asegurarse de procesar el material y dirigir las preocupaciones del cliente.

14.- Si el cliente muestra extrema resistencia al DTE usar una aproximación gradual como el aprendizaje de inoculación de estrés.

15.- *Necesidad de precaución.* Cuando se considera el uso de intervenciones basadas en la exposición tales como el DTE es necesario utilizar un acercamiento gradual con los clientes tal como lo sugieren Kilpatrick y Best (1984); Mueser y Butler (1992); y Pitman et al. (1991). Ver los esquemas de tratamiento para el DTE en Litz et al. (1990).

16.- En el tratamiento de supervivientes al abuso sexual en la infancia Smucker, Dancu y Foa (1991) sugieren que se debe enseñar al cliente cómo “volver al hecho del abuso y cambiar las imágenes de manera que tenga un final diferente, uno que te hará sentir más poder y control” (p.6). El procedimiento de imaginación llevará al cliente a (1) *confrontar* y *alejarse* al agresor y (2) *proteger* y *calmar* al niño asustado.

El cliente es dirigido durante el proceso de imaginación. El terapeuta pregunta qué es lo que pasa; que piensa; cómo reacciona; las respuestas del agresor. A continuación pregunta al cliente de qué forma le gustaría que la imagen cambiase y describir lo que el niño hace.

Utilizar la imagen del adulto que cuida al niño (el adulto calma al niño en la imagen de forma natural) El adulto domina la imagen -protege al niño del agresor, por ejemplo alejándolo de él.

17.- Dolan (1991) sugiere que cuando el cliente se imagina la escena del abuso, el terapeuta puede utilizar la metáfora del “self más joven” o “la pequeña niña”, y después hacer considerar al cliente las diversas cuestiones y procedimientos que pueda calmar y ayudar al “self más joven”. Por ejemplo:

a) ¿Qué es lo que experimentas ahora? ¿Qué es lo que necesitas que no tienes? Meterse dentro y mirar qué diferencias habría si se cambiara la escena.

b) Puedes continuar siendo consciente de la diferencia y continuar experimentándola de la forma que creas necesaria.

c) ¿Qué es lo que el “self más joven” necesita oír ahora?

d) ¿Que puedes decirle para calmarla?

e) Transmitir al “self joven” este mensaje. Notar las diferencias que provoca. Ahora, imaginar las diferencias a medida que pasan los años. ¿Qué diferencias habrá en el futuro? Darse cuenta de todas las formas diferentes que el mensaje curativo te puede afectar.

f) ¿Qué diferencia significa para la “pequeña niña” parte de ti, ahora y en el futuro?

g) ¿Hay algo más que necesites ahora?

18.- Algunos terapeutas han utilizado la “metáfora del reportero”. Hacer volver atrás al cliente como “reportero” y relatar los sentimientos, comportamientos, del niño del cual se abusó, y entonces animar al cliente a cambiar la escena.

19.- Algunos terapeutas utilizan técnicas de psicodrama para revivir el episodio del abuso.

20.- Los terapeutas utilizan a menudo las cartas del cliente al agresor como una manera adicional de fomentar y consolidar los cambios. Estas cartas normalmente no se envían. También se puede pedir al cliente que escriba un diario siguiendo todos los cambios y las señales de recuperación.

Utilización de la hipnosis

Classen et al. (1993), Spiegel (1988), Spiegel y Cardena (1990) describen como se puede utilizar la hipnosis para ayudar a los clientes a acceder, reestructurar y aprender a controlar los recuerdos traumáticos y “alejarnos con relativa facilidad siguiendo la terapia” (Classen et al, p.189). Una de las técnicas hipnóticas incluye pedir a los clientes (si son hipnotizables):

1.- Entrar en trance y mantener un sentido placentero de relajación, como si se estuviera flotando.

2.- Imaginar en su mente una pantalla en la cual tiene que proyectar dos imágenes (una al lado de la otra, o una en cada lado). La primera imagen se dibuja de los recuerdos de la experiencia traumática, para ver algunos aspectos traumáticos de la memoria y tolerar el malestar resultante.

3.- Equilibrar esta imagen con otra que representa/refleja la forma en que se protegieron o protegieron a otro.

4.- “La partición de la pantalla es una forma metafórica de ayudar a los clientes a ver el trauma en perspectiva como una parte, no la totalidad de ellos.

ESQUEMA DE APRENDIZAJE DE INOCULACION DEL STRESS

Al contrario del procedimiento DTE basado en la exposición que algunos clientes han encontrado demasiado abrumadora, una perspectiva alternativa de tratamiento conductual-cognitiva es la utilización de la perspectiva del aprendizaje de inoculación del estrés (Stress Inoculating Training, SIT) más gradual. (Ver Meichenbaum, Foa y Rothbaum, Veronen y Kilpatrick, y Solomon et al. para descripciones del SIT con clientes con PTSD). A continuación se ofrece un esquema de procedimiento para la secuencia de tratamiento. Ver Meichenbaum (1993) para una revisión de 200 estudios donde se ha utilizado el SIT.

Fase I: Conceptualización

1.- Se identifica de forma colaborativa los determinantes del problema clínico que se presenta o de las preocupaciones estresantes del individuo mediante (1) entrevistas con el cliente y otras personas significativas; (2) utilización de la reconstrucción basada en imágenes y evaluación de un incidente estresante prototipo; (3) evaluaciones situacionales y psicológicas; y (4) observaciones conductuales. (Tal como Folkman et al., 1991, sugiere, preguntar al cliente cuestiones de “quién, qué, dónde, y cuándo”. “¿Quién está implicado en ello?” “¿Qué tipo de situaciones te causan estrés?” “¿Dónde ocurre probablemente este tipo de situación?” “¿Cuándo ocurrió por última vez?”. Ver también entrevistas en Meichenbaum y Turk, 1987, p.89)

2.- Permitir al cliente que cuente su relato (solicitar relatos sobre el estrés y enfrentamientos, e identificar colaborativamente los recursos y capacidades de enfrentamiento del cliente). Ayudar al cliente a transformar sus descripciones desde términos globales a términos específicos conductualmente.

3.- Hacer que el cliente especifique los factores de estrés globales en situaciones estresantes concretas. A continuación ayudarlo a desmenuzar éstas en problemas específicos, conductualmente prescriptivos. Hacer considerar al cliente sus esfuerzos actuales de enfrentamiento y evaluar cuáles son maladaptativos y cuáles adaptativos.

4.- Hacer diferenciar al cliente entre los aspectos que se pueden cambiar y los que no de las situaciones estresantes.

5.- Hacer que el cliente establezca objetivos conductualmente específicos a corto, medio y largo plazo.

6.- Hacer que el cliente se comprometa a la automonitorización de los factores en común de las situaciones estresantes, evaluación de los factores que engendran estrés, diálogo interno, sentimientos, conductas. Ayudar al cliente a apreciar la naturaleza transaccional del estrés, y las formas en que puede contribuir sin advertirlo, sin saberlo, y sin quererlo a sus reacciones de estrés. Enseñar al cliente a analizar los problemas independientemente (por ejemplo, conducir el análisis situacional y buscar datos desconfirmantes).

7.- Comprobar el grado al que llegan las dificultades de enfrentamiento debido a los déficits de capacidades de enfrentamiento o a los resultados de “fracasos de realización” (es decir, creencias maladaptativas, sentimientos de baja eficacia propia, imaginación negativa, ganancias secundarios).

8.- Formular colaborativamente con el cliente y otras personas significativas una reconceptualización del distress del cliente. Educar socráticamente al cliente y a otras personas significativas sobre la naturaleza y el impacto del estrés, y la elasticidad y coraje que los individuos muestran al enfrentarse a hechos estresantes en la vida. Utilizar los propios “datos” del cliente, ofrecer una reconceptualización del estrés: está compuesto por diferentes componentes (psicológicos, cognitivos,

afectivos, y conductuales) y que el estrés y las reacciones pasan diversas fases (a saber: preparación para el elemento de estrés, enfrentamiento a la situación estresante, interacción con los sentimientos abrumadores, y reflejo de cómo los esfuerzos de enfrentamiento se han resuelto -a veces bien y a veces no tan eficazmente como uno hubiera querido). La reconceptualización específica ofrecida variará dependiendo del objetivo; la plausibilidad de la reconceptualización es más importante que su validez científica. En el transcurso de este proceso, facilitar el descubrimiento de un sentido de significado, alimentar la esperanza del cliente, y señalar las fuerzas y recursos del cliente.

9.- Desenmascarar los mitos concernientes al estrés y enfrentamiento, tales como: (1) la gente atraviesa estados emocionales uniformes de reacción en respuesta al estrés; (2) hay una forma “correcta” de enfrentarse; (3) uno no debería esperar experimentar reacciones estresantes después que los hechos estresantes hayan terminado.

Fase II: Adquisición de habilidades y ensayo

1.- Aprendizaje de habilidades (ajustadas a la población específica y a la duración del aprendizaje)

a) Determinar el tipo de enfrentamiento preferido del cliente. Explorar con el cliente cómo estos esfuerzos se pueden emplear en la situación presente. Examinar qué factores personales o intrapersonales bloquean tales esfuerzos.

b) Aprender las habilidades de enfrentamiento instrumentales centradas en el problema dirigidas a modificar, evitar, y minimizar el impacto de los factores de estrés (por ejemplo, control de la ansiedad, reestructuración cognitiva, aprendizaje autoinstruccional, comunicación, afirmación, solución de problemas, control del enfado, aprendizaje de relajación aplicada a índices controlados, parentalización, utilizar el apoyo social). Seleccionar cada habilidad de acuerdo con las necesidades específicas de cada cliente o grupo de clientes. Ayudar al cliente a romper los complejos problemas estresantes en subproblemas más manejables que se puedan resolver a la vez.

c) Ayudar al cliente a comprometerse en actividades de resolución del problema identificando posibilidades para el cambio, considerando y clasificando soluciones alternativas, y practicando actividades conductuales de enfrentamiento en la clínica e *in vivo*.

d) Enseñar al cliente las habilidades de enfrentamiento paliativas centradas emocionalmente, especialmente cuando el cliente tiene que enfrentarse a factores de estrés incontrolables e invariables (por ejemplo, toma de perspectiva; procedimientos selectivos de distracción de la atención, como en el caso de pacientes con dolor crónico; modelos que adaptan expresiones de afecto como el humor, relajación, y reconstrucción de la situación).

e) Enseñar al cliente a usar el apoyo social de una forma eficaz: cómo escoger,

obtener, y mantener apoyo. Tal como Folkman et al. (1991) observan, ayudar a los clientes a apreciar qué tipo de apoyo necesitan (informativo, emocional, y tangible), de quién debe proceder este apoyo, y cómo mantener estos recursos.

f) Intentar que el cliente desarrolle un repertorio extenso de respuestas de enfrentamiento para facilitar la flexibilidad a la hora de reaccionar. Alimentar el dominio gradual.

2.- *Ensayo de habilidades*

a) Fomentar la integración suave y ejecución de las respuestas de enfrentamiento mediante el ensayo conductual e imágenes.

b) Utilizar modelos de enfrentamiento (tanto en video como en vivo). Discusiones colaborativas, ensayos, e información de habilidades de enfrentamiento.

c) utilizar el aprendizaje autoinstruccional para ayudar al cliente a desarrollar mediadores internos para autorregular las respuestas de enfrentamiento.

d) Pedir el compromiso verbal del cliente a la hora de emplear esfuerzos de enfrentamiento específicos.

e) Discutir posibles barreras y obstáculos a los comportamientos de enfrentamiento.

Fase III: Aplicación y seguimiento

1.- *Animar la aplicación de habilidades de enfrentamiento*

a) Preparar al cliente para la aplicación mediante la utilización de imágenes de enfrentamiento, junto con técnicas en las cuales los indicios de estrés iniciales actúan como señales de enfrentamiento.

b) Exponer al cliente a escenas más estresantes, incluyendo el uso de la exposición prolongada a escenas estresantes y activas.

c) Exponer al cliente durante la sesión a factores de estrés graduados mediante imágenes, ensayo conductual y juego de roles.

d) Utilizar la exposición gradual y otros tipos de ayuda que induzcan a respuestas para fortalecer las respuestas *in vivo*.

e) Utilizar procedimientos de prevención de recaídas: identificar las situaciones de alto riesgo, anticipar las posibles reacciones estresantes, y ensayar las respuestas de enfrentamiento.

f) Utilizar procedimientos para incrementar la probabilidad de adherencia al tratamiento (i.e., pedir y desafiar al cliente a indicar dónde, cómo, cuándo, y porqué utiliza los esfuerzos de enfrentamiento).

g) Reforzar la eficacia propia mediante la revisión de los esfuerzos de enfrentamiento del cliente que han tenido éxito como los que no. Asegurarse de que el cliente se atribuya el éxito del dominio de las experiencias (ofrecer reentrenamiento atribucional)

2.- *Mantenimiento y generalización*

a) Reducir progresivamente el tratamiento e incluir sesiones de potenciación

y complementarias.

b) Incluir a otras personas significativas en el aprendizaje (por ejemplo, padres, pareja, personal del hospital, policía, administradores), así como grupos semejantes y de ayuda.

c) Hacer que el cliente ayude a alguien con un problema similar (poner el cliente en el rol de “ayudante”)

d) Ayudar al cliente a reestructurar los factores de estrés ambientales y desarrollar rutas de escape apropiadas. Asegurarse de que el cliente no vea la escapada o evitación, si así se desea, como una señal de fracaso, sino como una señal de toma de poder personal.

e) Ayudar al cliente a desarrollar estrategias de enfrentamiento para recuperarse de los fracasos y recaídas.

PROCEDIMIENTOS DE REESTRUCTURACION COGNITIVA

Tal como Hollon y Garber (1990) observan, los procedimientos de reestructuración cognitiva se pueden reducir a tres casos generales de cuestiones que el terapeuta y el cliente pueden considerar colaborativamente.

1.- *Cuestiones basadas en la evidencia* -el terapeuta y el cliente trabajan juntos para ayudar al cliente a ver sus pensamientos automáticos como un “hipótesis que vale la pena examinar”, más que “afirmaciones divinas”, o como hechos incontrovertibles.

a) revisar los datos o la llamada evidencia existente disponible. Por ejemplo, el cliente dice “no soy nadie” y el terapeuta, haciendo de “detective Columbo”, introduce confusión entre el pensamiento automático y los otros datos que el cliente ha ofrecido indicando competencia (el terapeuta nota específicamente estas discrepancias). El cliente deprimido y que busca ayuda puede reconstruirse como una fuerza “en contacto con los sentimientos”.

b) animar al cliente a recoger evidencia adicional mediante la experimentación conductual personal.

2.- *Cuestiones basadas en las alternativas* -el terapeuta ayuda al cliente a generar y considerar explicaciones alternativas de hechos además de aquellas que había adoptado primero. Por ejemplo, “¿Hay otras posibles explicaciones de su comportamiento?”

3.- *Cuestiones basadas en la implicación* -el terapeuta ayuda al cliente a examinar si sus creencias iniciales, incluso si eran verdaderas, implican necesariamente todo lo que, a primera vista, habían parecido implicar.

a) Utilización de la “técnica de la flecha descendente”. El terapeuta puede plantear las siguientes cuestiones:

(1) “Suponga que te sucediera de verdad, ¿qué significaría para ti?”

(2) Y si fuera verdad, ¿por qué sería tan preocupante?”

(3) Ahora suponte que sucede. ¿Por qué sería tan preocupante?”

(4) Y si es verdad que no has hecho completamente “X”, ¿qué es lo que significaría para ti?

(5) Quizás, te puedes plantear cuestiones como, “si fuera verdad, ¿por qué me preocuparía tanto? ¿Qué significaría para mí?”

b) El terapeuta ayuda al cliente a darse cuenta de cómo puede exagerar innecesariamente las implicaciones negativas.

c) El terapeuta puede *utilizar metáforas* tales como, “la depresión que acompaña el PTSD puede actuar como “un prisma”, un conjunto de cristales que colorean lo que ve el cliente.” El terapeuta puede introducir la *metáfora del “prejuicio”* (tal como lo ha sugerido Christine Padesky) para transmitir la naturaleza de los esfuerzos de reestructuración cognitiva. Por ejemplo, Padesky pregunta al cliente si conoce a alguien que tenga prejuicios (por ejemplo, prejuicios raciales o sexuales). El terapeuta puede explorar con el cliente cuáles son las características de alguien que tiene prejuicios. Discutir cómo una persona que tiene prejuicios tiende a considerar selectivamente los datos, sobregeneraliza, estereotipa, y no acepta datos incompatibles con sus creencias anteriores, y así. El terapeuta explora estos ejemplos con el cliente *sin utilizar la jerga de la psicología*.

El terapeuta puede decir al cliente, “no quiero que lo entiendas mal, pero a veces creo que eres una persona con prejuicios.” Ya que el cliente mira de forma inquisitiva, el terapeuta sigue, “tienes prejuicios sobre ti mismo.” El terapeuta explica entonces que el cliente tiende a ver sólo la parte negativa de si mismo. El terapeuta y el cliente entonces exploran si esta metáfora tiene algún sentido y si hay algún otro ejemplo que el cliente pueda ofrecer.

Juntos, exploran el impacto, coste, y precio personal de tener prejuicios sobre uno mismo. “¿Cuál es el impacto?; ¿Cuál es el coste? ¿Cuál es el precio?. Las respuestas a estas cuestiones no se dirigen de forma abstracta, sino haciendo que el cliente ofrezca ejemplos “experimentales”. El terapeuta explora entonces lo que el cliente puede hacer respecto al cambio. Una vez más, el “arte de preguntar” se utiliza para alimentar la colaboración con el cliente. Animar al cliente a descubrir y poseer las propias soluciones.

4.- El terapeuta puede utilizar también procedimientos de solución de problemas tal como los que se encuentran en los trabajos de D’Zurilla y Goldfried, Nezu, y otros.

ESCRIBIR CARTAS Y GRABACIONES COMO HERRAMIENTAS TERAPEUTICAS

Si se acepta el marco conceptual que la naturaleza de la narrativa que un individuo ofrece contribuye a reflejar su nivel de adaptación, entonces una forma de alterar e influenciar la historia del cliente es emplear la redacción de cartas y la grabación (aunque las cartas no se lleguen a enviar nunca). Un número de terapeutas han utilizado estos procedimientos de “reescritura” de forma creativa para ayudar

al cliente a cambiar sus relatos (ver Brandt, 1989; Capacchione, 1979; Dolan, 1991; Epston et al., 1992; Friedman, 1992; Harvey et al., 1993; Herman, 1992; Meichenbaum y Fitzpatrick, 1993; O'Hanlon, 1992; Shaefer, 1993; White y Epston, 1990). El procedimiento de escribir cartas o grabar las conversaciones se ha utilizado de formas muy diversas, entre las cuales se incluye:

1.- El terapeuta escribe una carta al cliente compartiendo sus observaciones;
2.- El terapeuta escribe un informe al facultativo referente (agencia) y luego, revisa la carta con el cliente. Pedir el input e información del cliente. Pedir al cliente que la firme y preguntarle si le gustaría una copia de la carta. La carta debería incorporar el esquema incluido en esta sección.

3.- El cliente escribe una carta a otra persona (pariente, agresor, pareja, etc.);
4.- Hacer que el cliente escriba una carta a si mismo cuando se sienta fuerte y lleno de esperanza indicando las soluciones y firmeza. La carta se puede leer cuando el cliente crea que lo necesita. (Esto se debe introducir cuidadosamente. Puede ser que algunos clientes cuando se sienten mal y deprimidos prefieran recordar que han sobrevivido a días mucho peores y no quieran leer sobre atributos positivos. Una vez más, el rol de terapeuta es dar al cliente la posibilidad de escoger y controlar.);

5.- El cliente escribe una "carta desde el futuro", es decir, escribe a un amigo o al terapeuta "como si" hubieran pasado algunos años. Escribir la carta "como si" los hechos positivos que al cliente le gustaría que ocurrieran (por ejemplo, experiencias con las relaciones, trabajo, escuela, etc.) estuvieran ocurriendo de verdad.

6.- El cliente escribe una carta de revelación a otro (por ejemplo, a un miembro familiar)

7.- El cliente escribe una carta de parte de otra persona real o imaginaria que le está ayudando, especificando los consejos que debería recibir (por ejemplo, carta de una persona mayor, un terapeuta, una personaje popular);

8.- Escribir una carta al cliente "como si" el cliente fuera alguien distinto (por ejemplo, terapia del rol fijo de George Kelly)

9.- El cliente escribe una carta al agresor (ver esquemas de este tipo de cartas más adelante);

10.- El cliente escribe una carta al que cometió el abuso o a alguien que el cliente crea que sea necesario hablar de forma más abierta y honesta sobre los hechos traumáticos. El cliente lee la carta a su grupo de terapia.

Dolan (1991) ofrece ejemplos sobre la forma en que se deberían escribir estas cartas. Se pide al cliente que escriba una carta como si fuera un "anciano", "lleno de sabiduría".

Imagina que eres una persona mayor sana, sabia, y que miras hacia atrás, concretamente a este período de tu vida. ¿Qué crees que este maravilloso viejo y sabio te aconsejaría para ayudarte a superar esta fase de tu vida? ¿Qué te diría que recordarías? ¿Qué sugeriría que fuera de ayuda para curarte del pasado? ¿Qué te diría

para hacerte sentir mejor? ¿Tendría algún consejo sobre la manera en que la terapia sería de más ayuda y útil? (p.36).

O el cliente puede escribir la carta desde el punto de vista de un sabio pariente mayor, ya fallecido, que ofrece apoyo; o el cliente puede crear cualquier otro personaje que le ayude. Dolan sugiere que el terapeuta pregunte al cliente en qué es lo que cambió esta persona en el pasado, aunque desconociera lo que le estaba pasando al cliente. Se le pide al cliente que imagine lo que esta persona diría, y que luego escriba una carta o grabe una cinta describiendo las fuerzas que se habrían puesto de manifiesto y los consejos que le habría ofrecido.

Si la terapia es de grupo entonces se pueden leer estas cartas al grupo.

Las cartas al agresor (por ejemplo, en el caso del abuso sexual en la infancia) presentan oportunidades específicas y peligros posibles. Una vez más, ha habido muchas sugerencias sobre cómo escribir este tipo de cartas. Estas cartas normalmente *no* se envían. Por ejemplo Dolan sugiere que se deberían escribir una serie de cartas:

1.- Una carta inicial dando una descripción detallada del abuso transmitiendo los sentimientos sobre el abuso, esfuerzos de enfrentamiento, y deseos de resarcimiento.

2.- Una segunda carta que indique lo que el agresor podría escribir realmente incluyendo lo que se dijo en las anteriores confrontaciones, y que también incluya los temores del cliente sobre lo que pudiera ocurrir.

3.- Una tercera carta que indique lo que al cliente le gustaría que el agresor dijese, incluyendo la toma de responsabilidad del abuso por parte del agresor y expresando el deseo de remediarlo. “Esta es la carta que el cliente necesita, pero que no ha recibido (y no es muy probable que la reciba).”

4.- Después de un intervalo de varios meses (por ejemplo, 3 meses) el cliente con la colaboración del terapeuta (y quizás de otros) puede decidir si se manda la carta.

Posibles características de los mensajes terapéuticos orales y escritos

Nota: El material siguiente se puede incorporar a la carta pero también se podría incorporar en el discurso social de la terapia. ¿Dónde están todas las oportunidades del terapeuta para utilizar estas declaraciones en sus reacciones con los clientes? ¿Cuántas de estas declaraciones utilizas ahora con los clientes?

1.- Comentarios introductorios de la carta

a) Friedman (1992) sugiere las siguientes formas de empezar: el terapeuta puede empezar la carta mediante la comunicación de la razón fundamental de escribir la carta al cliente. Por ejemplo, el terapeuta indica:

(1) el placer de conocerle;

(2) el valor de ofrecer un resumen de sus pensamientos sobre el cliente: pensamientos que no quiere dejar de compartir;

(3) lo que le impresionó del cliente, señalando los cambios y atributos positivos específicos;

(4) empatía sobre lo difícil que puede ser cambiar y que admira la *fuerza y coraje* del cliente cuando hace este esfuerzo (citar ejemplos específicos);

(5) perplejidad al intentar entender cómo el cliente consiguió estos cambios o mostró fortaleza, indicando que quizás podría hacerse “participe del secreto” si “comparten los esfuerzos de enfrentamiento”;

(6) comentarios sobre los objetivos que el cliente buscó (o implicó) (por ejemplo, el terapeuta puede comentar algunos de los cambios que el cliente ya está “estableciendo” -transmitiendo acción con la utilización del participio presente);

(7) lo que el terapeuta desea oír, aprender, conocer más, la próxima vez que se encuentre con el cliente (el terapeuta puede decir: “Cuando *nos* encontremos otra vez...” -comunicando colaboración con el uso de “*nosotros*”); y

Además, como parte de la introducción, el terapeuta también puede.

b) Transmitir lo agradable que fue conocer al cliente y poder escuchar su relato sobre *protesta y supervivencia* (utilizando ambos términos);

c) transmitir que el cliente ha fomentado su protesta al contarlo y compartirlo (elogiar al cliente);

d) transmitir poder de elección al cliente diciendo: “me siento privilegiado que hayas *elegido* el compartir tu historia conmigo”;

e) empatizar con los sentimientos y circunstancias del cliente (comentar, que la gente que experimenta una pérdida a menudo quiere “parar la tormenta, la lucha, y que las cosas se calmen otra vez”. Se necesita mucho coraje para estar allí, entrar en la turbulencia, que uno no puede parar el proceso de cambio y crecimiento potencial -utilizar metáforas que transmitan este proceso);

f) transmitir que los recuerdos traumáticos son una “serie de instantáneas o una película muda” (Herman, 1992) (El rol de la terapia es proporcionar las palabras y la música que aportan significado y transmiten sentimientos de esperanza, que ayudan a los clientes a *liberarse de sus historias del pasado*); y

g) siempre que sea posible intentar utilizar las metáforas del cliente .

2.- Normalizar las reacciones del cliente

El terapeuta:

a) Anticipa que el cliente pueda tener dudas sobre si le creerán (transmitir empatía)

b) Utilizar las metáforas del cliente (por ejemplo, “Es comprensible que a pesar de la fortaleza que otros ven en ti (dar ejemplos) *te sientes...*” (citar metáforas específicas que el cliente usa “hueco”, “vacío”, “sucio”, “cansado”)

c) Transmite poder de elección diciendo, “tienes derecho a tu resentimiento

(enfado, recuerdo doloroso)

d) Comenta que después de un cierto grado de abuso, *algunas* personas a menudo empiezan a creer que habían merecido tal abuso

e) Señala que la crisis y el cambio pueden ser “hermanos gemelos” si se permite (por ejemplo, “El trauma es una herida y un punto de elección. Los hechos traumáticos nos dan una oportunidad para parar y evaluar, mirar hacia dentro de la propia vida y tomar decisiones”.)

f) Transmite la afirmación que el cliente puede “hacerlo”, destacando lo que el cliente ha estado haciendo “bien”, y la “distancia” que todavía tiene que recorrer.

3.- Metáforas que se pueden incorporar en una carta y en terapia-siempre que sea posible el terapeuta puede utilizar las metáforas del cliente y pedir al cliente que lé de ejemplos sobre las metáforas (Ver las posibles metáforas adicionales al final de esta sección)

El terapeuta puede comunicar lo siguiente al cliente:

a) Compartir puede mitigar el peso y ofrecer un sentido de alivio

b) El cliente ha mostrado un “fuerza vital” al rechazar la “rendición”

c) Al cliente le ha costado muy caro mantenerse “testarudo”, una “forma natural de decir las cosas tal como son” (utilizar las frases del cliente).

d) A pesar de “X”... el cliente fue capaz de crear un “Y” muy bueno...(dar ejemplos de coraje y habilidades de supervivencia)

e) El cliente tenía “agallas”, “orgullo propio”

f) El cliente ha demostrado un “instinto de supervivencia”, “una fuerza vital, una fuerza que nunca se sometió”

g) El cliente parece estar... (utilizar la metáfora del cliente -por ejemplo, “en el buen camino”, “abriendo un nuevo capítulo”, “en el proceso de inscribirse al club de la vida”, “montando de nuevo el caballo”, “abriendo una puerta y dándose cuenta de que queda mucho por explorar”, “moviéndose a través de tres estadios en la vida. El estadio 1 hasta la edad “X” en que resultó víctima. Pasando después al estadio 2 al convertirse en un superviviente. Buscando actualmente en el estadio 3 el llegar a ser una nueva persona”).

h) El cliente rechaza la “emboscada del dolor”, y en vez de eso, decide dónde, cuándo, y cómo lamentarse en sus propios términos

i) El cliente puede crear una nueva persona que no es realmente ella, una persona que necesita para seguir adelante... (Y vale la pena ayudar al cliente a especificar el por qué).

j) Ha empezado a plantear todas las cuestiones “si sólo” y “por qué yo”.

k) Ha sido capaz de poner otra capa encima. Esto es lo que hace con su dolor.

4.- Señalar la fortaleza intra e interpersonal y el apoyo con ejemplos.

Comentarios del terapeuta sobre cómo el cliente:

- a) Rechazó negar su “verdadero self”
- b) Se opuso *despiadadamente*... (utilizar un adjetivo fuerte) al enfrentarse con...”podrías haber hecho... fácilmente, pero no lo hiciste. *¿Qué es lo que esto te dice sobre ti mismo?* (el terapeuta puede plantear preguntas que fuercen al cliente a sacar conclusiones sobre su fortaleza).
- c) Mostró *especial* sabiduría tal como lo demuestra... *¿Cómo fuiste capaz de ver a través de... (hipocresía)? ¿Cómo fuiste capaz de que el terror no te paralizara?*
- d) Ha empezado a verse a través de sus propios ojos, o a través de los ojos de alguien a quien el cliente admira (nombrar a la persona); no a través de los ojos de (nombrar al agresor). (Utilizar la pregunta -*¿Cuándo (Cómo) dejaste de aceptar la definición que “X” hacía de ti, que eras “basura”, “vacío”, “falso” (utilizar el término descriptivo del cliente)?*
- e) Rechazó el mito ampliamente aceptado que..., (por ejemplo, que una mujer puede solucionar sus problemas sólo cuando la rescata un hombre; la gente victimizada no puede tener éxito; etc.).
- f) *Impresionó* al terapeuta porque (por ejemplo, no se derrumbó, no buscó la simpatía, no lo abandonó, etc.)
- g) Utilizó a otro. Por ejemplo, el terapeuta plantea la cuestión que al cliente le gustaría considerar, “por qué no te enamoraste de “X”? (notar que se utiliza el lenguaje para invitar a la colaboración).
- h) El terapeuta comenta el *rol del apoyo social* que funciona como un “*eco de realidad*”. Otra gente puede asegurar que todavía está en contacto con el mundo real (Kfir, 1989).
- i) El apoyo social funciona como soportes en la pared de un cañón escarpado. Una vez los has encontrado te ofrecen un ruta paso a paso hacia la seguridad (Kfir, 1989).

5.- Comentarios que transmiten colaboración, elección, y control al cliente (Incluyendo metáforas de curación).

- a) Transmitir el mensaje que “*nosotros* caminaremos el camino juntos, conscientes de la dirección, vigilando las dificultades previsibles, pero a punto de descubrir nuevas verdades en cada esquina” (Ochenberg, 1991, p.6)
- b) Comentar que a veces parte de ti (el terapeuta) quiere irse (explicar el por qué) y parte de ti quiere permanecer (explicar el por qué). Oír el dolor, el distress, pero también la fortaleza y la flexibilidad.
- c) *El terapeuta debería responder de forma directa*. Cuando escucha los relatos traumáticos, el terapeuta debería comentar, “¡Esto es terrible!”, “¡Qué dolor!” en vez de reflejar “Esto te debería haber hecho sentir “X”, “No puedo entender cómo sentiste “Y”.
- d) Comentar las ganas que tiene el terapeuta de ayudar al cliente a “escribir una nueva historia de los hechos de la vida, una nueva historia que pueda predecir

un futuro muy diferente de tu historia anterior” (Epston et al., 1991, p.104).

e) Ayudar al cliente a recordar justo lo que necesita recordar y justo lo poco que necesita recordar. Ayudarlo a sentirse capaz de situar el tiempo de “entonces”, entonces y el tiempo de “ahora”, ahora. (O’Hanlon, 1992).

f) Transmitirle el agradecimiento porque:

(1) ha incrementado tu nivel de conocimiento

(2) ha dado testimonio del coraje y flexibilidad del espíritu humano

(3) ha renovado tu fe

(4) te ha animado a buscar la importancia que tiene el hecho que la gente pueda reescribir sus vidas

g) Preguntar al cliente si tienes su permiso para compartir sus ejemplos con otros (sin revelar el nombre).

6.- Prevención de recaídas: Comentar lo importante que pueden ser las recaídas, reiteraciones, reexperiencias, los efectos de los aniversarios.

a) Utilizar metáforas de prevención de recaídas tales como caer de la bicicleta, ejemplo de prevención, cristal en la rodilla, viaje no siempre tranquilo, los pasos hacia atrás son una parte del proceso de aprendizaje: dos pasos adelante, un paso atrás.

b) Entender la vida como un proceso: promover una perspectiva evolutiva

7.- Metáforas adicionales que se pueden incluir

a) “Una de las recompensas de ser terapeuta es que eres un testimonio. Me gusta pensar que soy un archivero. Conoces a la persona que guarda los archivos del crecimiento, el registro de hitos personales.” (Dr. Price-Munn, 1993) (Dar ejemplos de los hitos y registros de los clientes, o, mejor, pedir al cliente qué es lo que cree que deberías registrar en tus apuntes de la terapia que documenten su coraje o flexibilidad. El terapeuta comenta estar impresionado y inspirado gracias a las luchas, determinaciones, y éxitos del cliente (no que no habrán recaídas a lo largo del camino)

b) Comparar a alguien que ha experimentado un hecho traumático como alguien que ha *emigrado* a una nueva tierra y debe construir una nueva vida en una cultura diferente a la que dejó atrás (Herman, 1992). Pedir al cliente que aplique esta metáfora.

c) Preguntar al cliente si puede hacer del trauma un “regalo” para los otros, y de qué forma.

d) “La crisis significa un cambio en el fluir de la vida. El río fluye implacablemente al mar. Cuando llega a un punto que queda bloqueado por rocas y desechos, lucha para encontrar nuevos caminos donde proseguir su curso. ¿Sería la alternativa fluir hacia atrás? Esto es lo que una persona en crisis desea ardientemente, volver el tiempo atrás. Pero la vida no nos ofrece una marcha atrás, y la lucha tiene que ir

hacia adelante, como el río, con paradas ocasionales para pedalear en el agua y descubrir hacia donde nos dirigimos” (Kfir, 1989, p.31).

e) “¿Cuando las raíces de un árbol dan con un piedra o cualquier otro obstáculo, intentan empujar la piedra hacia a un lado o romperla? No. Las raíces crecen alrededor del obstáculo y continúan creciendo. La piedra puede haber interrumpido o retardar el crecimiento del árbol durante un tiempo, pero ninguna piedra, no importa lo grande que sea, puede evitar que el árbol siga creciendo” (La piedra simboliza los obstáculos al crecimiento personal) (Matsakis, 1992, p.133).

f) Dolan (1991, p.74-75) cuenta la historia del Titanic que se hundía y la insistencia tozuda del capitán que decía que todo estaba en orden. “El *a toda máquina*, como si nada estuviera ocurriendo, podría haber causado que el Titanic se hundiera incluso más rápido”

g) Kingsbury (1992), Milton Erikson comparan la terapia con un proceso donde los clientes logran pasar un “atasco de troncos flotando inmovilizados en el río”. El terapeuta puede dar metafóricamente un empujón al “tronco correcto” y ayudar al cliente a liberarse y así permitir que la masa de troncos se mueva.

h) Kfir (1989, p.38) utiliza las historias bíblicas de Job y David como metáforas de curación. Esto es especialmente útil para los clientes en los que la Biblia tiene una presencia psicológica y están luchando con las cuestiones del tipo “porque”.

“Consideremos dos personajes bíblicos que sufrieron tragedias, Job y el Rey David. Las tragedias de Job fueron monumentales e incluyeron la pérdida total de la familia y fortuna y el padecimiento de la lepra. Delante de estos hechos se desesperó. [Por qué]...no podía seguir viviendo si no entendía *porqué* le habían pasado todas estas cosas.

El Rey David sufrió de la misma forma. Perseguido por el Rey Saúl durante muchos años, escapó al desierto. Perdió el su hijo pequeño a causa de sus pecados, perdió a su hijo más querido, Absalom, que dirigió la muchedumbre contra él, tuvo que olvidar su sueño de reconstruir el Templo como castigo por el derramamiento de sangre, y, al final, perdió a su amigo, Jonhatan. A pesar de todo esto, David nunca estuvo en crisis. [¿Por qué?]...el no pidió explicaciones a Dios. Tomó lo que la vida le había dado y siguió viviendo.”

Kfir también utiliza los personajes bíblicos de Job y David para considerar la naturaleza del apoyo social.

Los tres amigos de Job se sentaban junto a él, le daban información y explicaciones, le ayudaban, y pidieron la recuperación de Job. Job ignoraba su ayuda e imploraba la ayuda de Dios. Para Job, sólo lo divino sería una fuente aceptable de respuestas. Sin embargo, sus amigos no le dejaron, ni se sintieron menospreciados a pesar de que sus consejos no eran escuchados.

David, a través de su vida, encontró alivio en la ayuda que Jonhatan le “dio” desde la distancia. La Biblia no cuenta mucho sobre esta ayuda, pero estaba allí,

como una realidad en las mentes de los dos amigos.

“Estas historias bíblicas clásicas ilustran cómo la gente intenta enfrentarse con sus hechos estresantes de forma muy distinta, con consecuencias muy diferentes y que la gente necesita diferentes tipos de ayuda. No hay una manera única de ayudar a alguien o ofrecer intervención.” (p.38). Hablar de estos ejemplos con el cliente y considerar cómo se pueden aplicar en su caso.

8.- El lenguaje de la “curación” -comentar la habilidad del cliente de enfrentarse y de demostrar elasticidad y coraje (Las frases siguientes que enfatizan los verbos activos pueden ser de ayuda).

Habilidad demostrada para recontextualizar los hechos:

“Mira la vida a través de unos nuevos cristales.

Te has atrevido a verte a ti mismo como...

Has rechazado la posibilidad de rebajarte o ser tratado como...

Has resistido la tentación de sentir (odio hacia ti mismo, soledad)

Has reescrito tu vida

Has reescrito tu propia historia

Has experimentado y conocido lo que te sucedió entonces, pero con los recursos y comprensión que tienes ahora y que estás desarrollando, puedes alcanzar una nueva comprensión y una apreciación de tu historia.

Habilidad demostrada de poner las cosas en perspectiva y ver posibles elecciones.:

Te has dado cuenta que tiene oportunidades. Te has dado cuenta de las posibilidades de cambio.

Te has decidido a desarrollar una relación más cómoda contigo mismo.

Te has decidido a contar el resto de la historia (tal como dice el locutor de radio, “Y ahora, el final de la historia”).

Encuentra (otorga) significado a tu experiencia.

Crea un objetivo.

Pon el pasado en el pasado, donde pertenece.

Deja atrás aquellas cosas que deberían quedarse atrás.

Comprométete con una nueva relación con el pasado”.

Habilidad demostrada para ejercer el auto-control

a) Conductualmente:

Toma iniciativas para...

Toma el poder otra vez.

Complácete a ti mismo con... Apréciate a ti mismo mediante...

Te has convertido en un consejero para los otros.

Te has deshecho del exceso de equipaje

Has liberado tu vida.
Has encontrado compañeros del alma (enumerar al apoyo social)

b) Cognitivamente
Eras capaz de *darte cuenta... atrapar... planificar.*
Has descubierto a tu satisfacción que...
Has utilizado tu mente investigadora.
Has realizado la mayoría de las capacidades.
Has mostrado curiosidad sobre “las causas y los motivos”
Has desarrollado una teoría de la curación.
Has reconocido que el perdón es para ti mismo, tanto como para los demás.
Has reconocido que estabas viviendo su (nombrar el nombre del agresor) historia. Ahora has empezado a *vivir tu propia historia.*
Haz el trabajo que se necesita hacer -acuérdate de solucionar, olvidar, curar. Sea lo que sea que necesites hacer.
Reconciliate y conecta de la forma que sea más significativa para ti.
Has sido más astuto que los efectos del pasado.
Habilidad demostrada para manifestar auto-determinación e instinto de supervivencia.
Te has determinado a verte a ti mismo a través de esto.
Te has convertido en la persona que quieres.
Elige tu propio camino.
Te has inspirado con esperanza.
Has realizado habilidades de supervivencia.
Has desafiado al popular mito que...
Has alimentado la esperanza, dándote cuenta de los puntos de referencia de tu vida.
Has transformado una casa dolor en una casa de esperanza.
Has transformado el dolor personal y desesperación en contribuciones a tu propia vida y a la vida de otros.
Has negociado con la inmortalidad.
Has sido testigo.
Has decidido dejar herencia.
Has movilizado una fuerza curativa.
Has organizado tu fortaleza.
Has demostrado una capacidad de enfrentarte muy firme.
Has encontrado los recursos que necesitabas para resolver las cosas de la forma correcta para ti.
Has descubierto que en el fondo tienes una fuerza y elasticidad frente a (la fragilidad, victimización, sufrimiento, dolor, desesperación)”

DESASTRE Y DEBRIEFING

Ahora que se ha dado suficiente información sobre el PTSD, centramos la atención en el primer posible grupo de pacientes, es decir, aquellos individuos que han experimentado desastres naturales y tecnológicos. El foco inicial se sitúa en las **Intervenciones Posteriores al Desastre (Post Disaster Intervention)** y en los **procedimientos de recapitulación (Debriefing Procedures)**.

- 1.- ¿Qué es *debriefing*?
 - a) Objetivos y formato
- 2.- ¿Cómo conducir las sesiones de *debriefing* (recapitulación)?
 - a) Aplicación a adultos
- 3.- Consideración de diferentes modelos de *debriefing* para poblaciones específicas.

Nota del Traductor: Las palabras *debriefing* y *defusing* son palabras inventadas para designar unos formatos de intervención postraumática (*postvention*). Ambas están compuestas de palabras originales existentes -to brief (informar, resumir) o *briefing* (sesión de información)- y -to fuse (fundir, fusionar, poner una espoleta)- con el prefijo de y el subsiguiente proceso de verbalización/nominalización en la forma de gerundio “ing”. Su traducción es difícil, puesto que hacen referencia a un proceso muy complejo, compuesto de diferentes pasos que se describen a lo largo de esta sección. Como tales conceptos técnicos los mantendremos en su original inglés. En general podemos afirmar que *debriefing* y *defusing* son técnicas parecidas en su estructura, con una sola diferencia fundamental referida a su duración y focalización en la información y la emoción. Tanto una como otra hacen referencia a la reconstrucción en grupo o individualmente de los acontecimientos traumáticos de modo que permitan su evocación en un ambiente protegido y su elaboración y reformulación terapéuticas. Buscando alguna palabra en castellano que pudiera traducir el significado de estos términos nos atrevemos a sugerir las siguientes equivalencias:

debriefing: recapitulación, recopilación, recuento, resumen, compendio, reconstrucción.

defusing: desactivación.

INTERVENCIONES POSTERIORES AL DESASTRE: DEBRIEFING, DEFUSING E INTERVENCION POSTRAUMATICA

A) Una revisión

La literatura sobre las intervenciones posteriores al desastre es un área floreciente y la siguiente lista de referencias ofrece un resumen de utilidad. (Ver Allen 1993; American Red Cross, 1991; Austin, 1992; Baum y Fleming, 1993; Berks et al., 1993; Brom y Kleber, 1989; Brom et al., 1989; Bromet, 1989; Dygerov, 1988; Gleser et al., 1981; Granot y Brender, 1991; Hartsough y Myers, 1985;

Hodgkingsoon y Steward, 1991; Lindy et al., 1981; Mangelsdorff, 1985; Meyers, 1985; Mitchell, 1983, 1987, 1988; Mitchell y Bray, 1990; Peuler, 1986; Raphael, 1986; Raphael y Meldrum, 1993; Rubonis y Bickman, 1991; Sewell, 1993; Spitzer, 1992; Spitzer y Burke, 1993; Talbot, 1990; Tyler y Gifford, 1991; Wenckstern y Leenaars, 1993; Wollman, 1993; Wolson y Raphael, 1993, Wolfe, 1991; Wollman, 1993). También se puede obtener información en la International Critical Incident Stress Foundation, localizada en 5018 Dorsey Hall Drive, Suite 104, Elliot City, Maryland, 21042). Por ejemplo, ver el resumen de procedimientos a seguir en el establecimiento de Critical Incident Stress Debriefing (equipos CISD) escrito por Jeff Mitchell. También señala la importancia de la educación preventiva del estrés antes del incidente, orientación anticipatoria, o lo que Meichenbaum describe como entrenamiento de inoculación del estrés. Ver en particular el texto de Alten (1993).

Hofboll (1988, 1989) ha ofrecido un modelo útil para describir el impacto de los desastres en los individuos, es decir, el modelo de conservación de recursos (Conservation of resources model, COR model). Según Alten los desastres naturales y tecnológicos pueden afectar cuatro fuentes de recursos, es decir:

- a) *objetos*: casa, coche, posesiones
- b) *condiciones*: roles sociales tales como empleo, parientes, pareja
- c) características *personales* o recursos internos como la autoestima, el nivel de autoeficacia, y el sentido de significado y propósito
- d) recursos *energéticos* que incluyen el dinero, tiempo, conocimiento y habilidades.

Cuanto más recursos se pierdan mayor la probabilidad de un elevado grado de distress psicológico (Freddy et al., 1992). No sólo se tiene que orientar las experiencias traumáticas, sino también la necesidad de enfrentarse a las demandas continuas y hechos estresantes de la vida.

Freddy et al. (1992) ofrecen un esquema de orientación de intervenciones posteriores al desastre:

- 1.- Las intervenciones se deben basar en múltiples acciones.
- 2.- Las intervenciones han de estar dirigidas a niveles múltiples (individuales, grupales y comunitarios).
- 3.- Las intervenciones deberían orientar la jerarquía de las necesidades, inicialmente necesidades físicas y de seguridad, después sociales de integración, y finalmente necesidades relacionadas con la autoevaluación (autoestima, autocontrol).
- 4.- Evaluar el nivel de pérdida de los recursos que los individuos han experimentado, medido mediante el 52-item Resources Questionnaire (Freddy et al., en prensa). Se puede obtener al Crime Victim's Research and Treatment Center, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina, 171 Ashley Avenue, Charleston, South Carolina, 29525-0742.
- 5.- Conducir la entrevista clínica a evaluar las características del desastre actual. Considerar los siguientes factores que se relacionan con el distress psicoló-

gico subsiguiente (ver Green, 1990).

- a) ¿Amenazó el desastre la vida o la integridad física?
- b) ¿Hubo daños personales?
- c) ¿Hubo daño intencional?
- d) ¿Estuvo el individuo expuesto a escenas degradantes?
- e) ¿Cuán próximo estaba el individuo del sitio del desastre (cuestión de proximidad).
- f) ¿Estaba bloqueada la salida?
- g) ¿Hubo muerte violenta o repentina de una persona querida (testimonio o no)?
- h) ¿Estuvo el individuo expuesto a agentes nocivos?
- i) ¿Consideró el individuo los hechos como incontrolables, imprevisibles y amenazadores?
- j) ¿Cuál fue el nivel de reacción inicial al desastre o estresor?
- k) ¿Cuál fue el nivel de preparación, cohesión y respuesta de la familia, grupo o comunidad?

6.- Evaluar el grado de estresores actuales, el nivel de control percibido, la cantidad de apoyo social y el nivel de ajuste anterior al desastre. Por ejemplo:

- a) ¿Se ha enfrentado con éxito el individuo con estresores anteriores al desastre?
- b) ¿Tiene el individuo una historia de recursos y conductas de enfrentamiento (por ejemplo, apoyo social, habilidades de enfrentamiento paliativas emocionales y solución de problemas)?

7.- Evaluar el grado de maladaptación consecuente al desastre. Si los síntomas de diagnóstico persisten después de tres meses entonces el individuo puede necesitar intervenciones profesionales o adicionales. Baum (1990) indica que el grado de ideación intrusiva es un indicador particularmente sensible, especialmente cuando ocurre en la medida en que aumenta el tiempo transcurrido desde el desastre.

8.- La exposición a residuos tóxicos y otros desastres tecnológicos (por ejemplo, accidentes nucleares) puede causar incertidumbre continua respecto al distress fisiológico y psicológico (ver Baum y Fleming, 1993).

B) Descripción del Modelo de Fases de *Debriefing*

El *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD) fue desarrollado por Jeff Mitchell en los setenta en el Programa de servicios a la salud de la Universidad de Maryland como ayuda a los profesionales de la salud. Es un método de grupo que ayuda a los profesionales a procesar y calmar los aspectos emocionales mediante la educación preventiva y procesos de apoyo. Desde el principio este método se ha utilizado entre una gran variedad de casos.

La mayoría de los programas CISD utilizan un *modelo de fases* que se puede

llevar a cabo de manera muy flexible. El número y nombre de las fases puede variar, pero normalmente se incluyen:

- 1.- Fase introductoria.
- 2.- Fase de los hechos.
- 3.- Fase del pensamiento (cognitiva).
- 4.- Fase de reacción (sentimiento).
- 5.- Fase de enseñanza (educacional)
- 6.- Fase de disminución (reentrada).

C) Objetivos del CISD (Ver Mitchell, 1986, para más detalles).

1.- Hacer que los participantes muestren sus emociones más agudas. Hacer que los participantes expliquen lo que ha pasado y como les afectó. (Notar que mientras que a todos los participantes se les da la oportunidad de discutir sus sentimientos, los conductores *no* deben insistir en que todos los participantes los compartan).

2.- Explorar el “significado” de la pérdida.

3.- Alimentar la seguridad sobre la normalidad de sus intensas emociones y reducir los sentimientos de “singularidad”.

4.- Aumentar el apoyo social: iniciar el proceso de pena en un marco de apoyo.

5.- Reducir las malinterpretaciones e informaciones incorrectas sobre los hechos y sobre las reacciones de estrés “normales” y “anormales”.

6.- Animar y reforzar los esfuerzos de enfrentamiento.

7.- Mitigar el impacto del incidente crítico. Asegurarse de que se cumplen las necesidades básicas.

8.- Reducir la tensión y ansiedad. Enseñar técnicas de enfrentamiento.

9.- Preparar a los participantes para la posible continuación de los procesos de estrés y ansiedad en los siguientes meses.

10.- Avisar a los participantes de la posibilidad del desarrollo de síntomas.

11.- Acelerar el retorno al funcionamiento rutinario anterior al incidente. Animar el apoyo del grupo y/o la asistencia profesional.

D) Formato

1.- El *debriefing* tiene lugar en un marco de seguridad donde se pueden desarrollar relatos. Los *debriefing* pueden durar desde 60 a 90 minutos hasta 2 o 4 horas. Una versión más corta, llamada *defusing* por Mitchell, puede durar de 20 a 45 minutos. Los encuentros pueden ir de 1 a varias sesiones. Tienen lugar en sitios en los cuales los individuos se reúnen normalmente.

2.- Tanto el *debriefing* como el *defusing* son conducidos como encuentros de grupos semiestructurados que pueden constar de 6 a 15 personas. Equipos CISD organizados e instruidos dirigen las reuniones.

3.- Los participantes incluyen cualquier persona afectada por el impacto de los acontecimientos.

4.- Normalmente tienen lugar entre las 24 y 72 horas después del incidente crítico. Antes de 24 horas se da un alto grado de actividad que no permite tales reuniones de grupos y después de 72 horas los participantes empiezan a experimentar reacciones físicas y emocionales al estresor problemáticas y poco habituales. Normalmente pasan de dos a siete días después del incidente.

5.- Yule (1993) sugiere que el *debriefing* con niños y padres durante las primeras 48 horas después del desastre puede ser demasiado temprano. Entre los 7 y 14 días después del desastre parece lo más indicado. Por eso, divergen sobre el mejor momento para iniciar el *debriefing*.

6.- Los conductores del CISD pueden ser de 2 a 4, dependiendo del número de personas en el grupo. Como mínimo uno de los conductores debe ser una persona proveniente de la organización o área local. Tener co-conductores da la oportunidad para la ayuda mutua y el *debriefing*.

E) Descripción de varias fases de CISD

I. Fase introductoria

Se presenta al personal del *debriefing* y se comunica el objetivo de la reunión.

Introducir el proceso de *debriefing* y ofrecer una visión global de lo que ocurrirá y cómo se puede ayudar.

Otras reglas de *debriefing* pueden ser las siguientes (ver Mitchell, Spitzar y Burke, Wolfe para más detalles).

1.- Se hace hincapié en la confidencialidad (a no ser que aparezcan amenazas de suicidio u homicidio). No se revelará nada a los superiores o a la prensa. Acuerdo entre todos los participantes de mantener la confidencialidad. No se permite tomar notas o grabar.

2.- Definición del *debriefing* no como una terapia formal o tratamiento psicológico, sino más bien como un servicio de control del estrés.

3.- Animar a los participantes a hablar, aunque no hay ninguna obligación de hacerlo durante la sesión. Se acepta la participación “silenciosa”. Cuando los participantes hablan deben hablar sólo en nombre propio.

4.- Las revelaciones no se utilizan en ningún caso contra los participantes. No se permiten críticas operacionales ni juicios. Los *debriefing* no son críticas situacionales, ni evaluaciones de ejecuciones. Permiten la “discusión emocional”.

5.- No se permiten salidas prematuras.

6.- Los participantes son tratados por igual, independientemente del rango.

7.- Recordar a los participantes que anticipen el posible empeoramiento temporal de las reacciones o los síntomas siguientes a la discusión. Dejar claro que los *debriefing* no provocan estos sentimientos.

8.- Reiterar que los conductores del grupo están dispuestos a hablar con los participantes, ofrecer ayuda y orientación o a actuar como fuente de referencia.

II. Fase de los hechos

1.- Se les pide a los participantes que digan quién son, que describan los hechos (lo que pasó), dónde estaban, y qué estaban haciendo durante los hechos críticos, qué pasaba, y qué experimentaron (incluir las percepciones sensoriales de visiones, ruidos, olores).

2.- El conductor puede preguntar: “¿Cómo estás? ¿Quieres contarme lo que pasó? ¿Qué es lo que pasó exactamente? ¿A quién? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Hubo algún aviso? ¿Estaban asustados de que pudieran morir? ¿Sentieron que sus acciones podrían haber cambiado lo que sucedió? ¿Siente la persona que se puede culpar a alguien?”

3.- Cada persona añade detalles hasta que se ha descrito completamente el incidente.

III. Fase de pensamiento (Cognitiva)

1.- Se les pide a los participantes que revelen sus primeros pensamientos que tuvieron durante el incidente (aprovecha los aspectos personales de la situación).

2.- El conductor puede preguntar:

“¿Cuál fue tu pensamiento cuando empezó a ocurrir el incidente?”

“¿Qué pasó por tu cabeza?” (Wolfe, 1991).

“¿Cuál fue la primer cosa que pensaste cuando desconectaste el “piloto automático”?”

“¿Qué piensas del suceso ahora?”

3.- El conductor puede utilizar la autorrevelación mediante: “En una situación similar, yo...”

IV. Fase de reacción (Sentimiento).

1.- Se ayuda a los participantes a reconocer las fuertes emociones que acompañaron (durante y después) la exposición al incidente.

2.- Se anima a los participantes a discutir los efectos, no sólo sobre si mismos, sino también sobre los que están a su lado (amigos, familia, colegas, vecinos).

3.- El conductor “normaliza” estos sentimientos. “Respuesta normal a una situación anormal”; no una señal de “volverse loco”.

4.- Transmitir el valor de identificar y discutir tales sentimientos. Recomendar a los participantes que “estar en contacto” con tales sentimientos es un paso muy importante hacia el proceso de curación.

5.- Wolfe (1991) sugiere el uso de las siguientes preguntas:

“¿Cuál fue el peor aspecto de lo sucedido para ti?”

“¿A qué se parecía?”

“¿Cómo reaccionaste?”

“¿Qué es lo que sentiste durante los hechos?”

“¿Cómo te sientes respecto lo sucedido ahora?”

“¿Qué es lo que sientes ahora?”.

6.- Trazar de forma cronológica, las reacciones del participante abarcando los diferentes intervalos (por ejemplo, inmediatamente después del accidente, las 24 horas iniciales, y el tiempo presente). Conscienciar a los clientes que sus reacciones pueden tomar varias formas incluyendo las conductuales, físicas, emocionales y cognitivas. Describir las reacciones en estas diferentes áreas. Ayudar a los participantes a apreciar que sus reacciones siguen un curso. Hacer que los participantes describan los cambios de sus reacciones.

7.- Utilizar la palabra “reacciones” en vez de síntomas para no patologizar las respuestas de los participantes.

8.- Explorar cualquier preocupación que los participantes puedan tener. Preguntarles “¿Cómo ha cambiado tu vida y las de las otras personas desde el incidente?”

V. Fase de enseñanza (Educativa)

1.- Se fomenta el hecho de que los participantes obtengan información exacta sobre el incidente y sobre las reacciones de estrés y las características de la recuperación.

2.- Explicar que la gente puede experimentar estrés en relación con sus tareas y que la gente puede mostrar adaptación y flexibilidad.

3.- Discutir los factores de los modelos de readaptación positiva (recontextualización cognitiva, cohesión de grupo y apoyo social, procedimientos de relajación).

4.- Hablar sobre cómo utilizar el apoyo social.

5.- Hablar sobre los recursos adicionales disponibles para aquellas personas que quieren aprovecharse de tales servicios.

6.- Se les enseña a los participantes la manera de tener consciencia de las señales de estrés y las técnicas efectivas para reducir el estrés excesivo. Hablar de los posibles “desencadenantes” y de la manera de actuar ante ellos.

7.- Ver la sección “Educar los individuos sobre el PTSD” en este *Manual del Terapeuta*.

VI. Fase de disminución (reentrada)

1.- Este estado permite preguntas, promesas y establecimiento de planes de acción.

2.- Resumen de lo que se ha dicho en el grupo, reiterar los puntos en común, ligar los comentarios de los participantes a los factores del proceso de adaptación.

3.- Se anima a los participantes a que aprendan a vivir al día.

4.- Poner a la disposición de los pacientes recursos adicionales de referencia.

5.- Repartir dossiers informativos sobre las reacciones del estrés y las técnicas de enfrentamiento. Incluir información para las otras personas significativas.

Incluir en el dossier el número de teléfono de los conductores y las direcciones y números de teléfono de las fuentes de referencia. Utilizar un vocabulario simple (Ver Meichenbaum y Turk, 1987).

F. Van der Ploeg y Kleijn (1989) ofrecen otro tipo de intervención post-trauma (*postvention*). Desarrollaron un modelo de tratamiento para personas a las que se les había tomado como rehenes. El tratamiento implicaba:

1.- Intervenciones de grupos de profesionales, incluyendo consejeros y médicos generales.

2.- Visitas realizadas a casa de las víctimas interesadas en recibir ayuda. Esta visitas se llevaron a cabo durante una semana después de la liberación.

3.- Animar a las víctimas y a los miembros de sus familias a hablar del incidente y los posibles esfuerzos de enfrentamiento.

4.- Disponibilidad de ayuda adicional.

Utterback y Caldwell (1989) describen cómo este tipo de programas se pueden llevar a cabo sobre una base preventiva y de tratamiento en un campus universitario con la formación del Traumatic Stress React Team (TSRT).

G. Debriefing sobre una base individual

Manton y Talbot (1990) y Talbot (1990) señalan los rasgos particulares del debriefing de estrés cuando no es posible la formulación de un proceso de grupo específico, como en el caso del atraco a un banco o un atraco a mano armada donde no existe un grupo homogéneo. Utilizan una serie de sesiones individuales inmediatamente posteriores al incidente y al cabo de 2, 3, y 7 semanas períodos de seguimiento. Los individuos que han experimentado tales hechos traumáticos están especialmente preocupados con las preguntas tipo “qué si”. “¿Qué pasa si el atracador vuelve?; ¿Qué pasa si el atracador me reconoce?, etc.” La característica principal de la intervención es facilitar la vuelta al trabajo del individuo (incluso para un corto período, o con la ayuda in vivo del terapeuta). El seguimiento es también importante.

H. Modelos alternativos para el management de la ubicación

1.- En el ejército, el esquema de intervención consiste en:

a) *Proximidad* -llevar a cabo el tratamiento tan cerca como sea posible del frente de batalla.

b) *Inmediatez* -ofrecer intervención y protección inmediatamente después del inicio de los síntomas -ofrecer descanso y reabastecimiento tan pronto como sea posible.

c) *Esperanzas* -los cuidadores esperan que el “cliente” se recupere y vuelva al combate. Mantener los enfoques de intervención simples y mantener cerca la ayuda profesional.

2.- Figley (1991) propone un modelo de intervención que enfatiza:

- a) Respeto
- b) Información
- c) Apoyo
- d) Toma de poder

3.- Brom y Kleber (1989) enfatizan un modelo que incluye:

- a) Proporcionar ayuda práctica e información
- b) Apoyo:

(1) proporcionar seguridad y un ambiente tranquilo con el propósito de indicar que el hecho traumático se ha terminado.

(2) ayudar al cliente a explorar la experiencia y las emociones.

(3) ayudar al cliente a movilizar su red social de apoyo, y si el participante lo desea llamar la atención a su situación y sentimientos.

c) “Evaluación de la verdad”- facilitar el enfrentamiento, comprender los cambios de síntomas y como su situación ha cambiado. Ver los modelos alternativos de Taylor y Brown, Lazarus, Meichenbaum, sobre el papel de la negación, las esperanzas falsas, las ilusiones. Por eso, la naturaleza de la “evaluación de la realidad” necesita ser cuidadosamente considerada.

d) Confrontación con la experiencia -revivir el trauma.

e) Mantener varios contactos más adelante.

f) Reconocimiento temprano de los trastornos y referencia al tratamiento.

I. Libros-guías sobre el alivio del desastre.

Se ha escrito un gran número de libros sobre este tema: American Psychological Association Disaster Response Project (1991), American Red Cross (1991), Aquilera y Messich (1986), Cohen et al. (1983), Faberow y Frederik (1978), Faberow y Gordon (1986), FEMA (1989), Fraser y Spicka (1981), Frederick (1977), Joyner y Swenson (1993), Klingman (1993), Lindy et al. (1981), Lystad (1985), Mitchell (1983), NIMH (1986), Raphael (1986), Roberts (1990), Seroka et al. (1986), Slaikou (1990), Tierney y Baisden (1983). Un gran número de estos tratamientos utilizan intervenciones de grupos de autoayuda.

Estos programas utilizan una variedad de técnicas comunitarias incluyendo orientación de servicios de asistencia pública, distribución de biblioterapia mediante folletos, guía parental, líneas telefónicas de ayuda a personas en crisis, grupos de apoyo, canciones, juegos, expresiones artísticas, actuaciones dramáticas, juego de roles, escritura libre, ejercicios de relajación, programas religiosos o escolares. Estos programas son proactivos al acceder a poblaciones difíciles de alcanzar.

J. Papel de los rituales

Finalmente, es necesario destacar el papel potencial del grupo de trabajo y el papel de los rituales como características importantes del proceso de curación

(duelo, quejas, hablar desde el estrés). Tyler y Gifford (1991) señalan que cuando el desastre ocurre acostumbra a haber una “jerarquía en el duelo” en base a la relativa proximidad de los supervivientes a los fallecidos. Los que proporcionan ayuda deberían mostrarse sensibles a esta estructura social tácita o implícita. También es necesario asegurarse de que los líderes y los miembros que estuvieron alejados de la unidad (por ejemplo, hospitalizados) reciban igualmente ayuda y cuidados.

En este artículo se detalla un modelo de intervención terapéutica para el tratamiento de clientes con trastornos de estrés post-traumático que se presenta como consecuencia de situaciones traumáticas debidas a desastres naturales o de ejecución humana intencional. En él se consideran los diversos tipos de acontecimientos traumáticos, las respuestas más habituales a esta clase de acontecimientos, las distintas alteraciones asociadas a ellos y las estrategias y técnicas de reestructuración cognitiva a seguir en estos casos, tanto en el tratamiento individual como de grupo

Traducción: Ariadna Villegas i Torras

Referencias bibliográficas:

- ABUEG, F. & Colleagues (1991) *Operation Desert Storm clinician packet ODSCP*. National Center for PTSD (Andreas Bollinger, National Center for PTSD, Palo Alto VAMC/MPT323 E, 3801 Miranda Ave, Palo Alto, CA, 94304.
- AGGER, I. & JENSEN, S.B. (1990). Testimony as ritual evidence in psychotherapy for political refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 115-130.
- ALLEN, R.D. (Ed.) (1993). *Handbook of postdisaster interventions*. A special issue of the *Journal of Social Behavior and Personality*, 8(5)
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (Third edition) Washington, D.C.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (Third edition revised) Washington, D.C.
- American Red Cross (1991, Nov). *Disaster services regulations and procedures: Disaster mental health services*.
- ANDREASON, N.C. (1985). Posttraumatic stress disorder. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. 4th edition. Baltimore: Williams & Wilkins.
- APPLEY, M.H., & TRUMBULL, R. (1986)(Eds.) *Dynamics of stress: Physiological, psychological, and social perspectives*. New York: Plenum
- AVERILL, R., CATLIN, G. & COHN, K.K. (1990). *Rules of hope*. New York: Springer Verlag.
- BARD, M. & SANGREY, D. (1979). *The crime victim's book*. New York: Basic Books.
- BASS, E. & DAVIS (1988). *The courage to heal: Women healing from sexual abuse*. New York: Harper & Row.
- BLAKE, D.D., ALBANO, A.M. & KEANE, T.M. (1992). Twenty years of trauma: Psychological Abstracts 1970 through 1989. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 477-848 (They have compiled a bibliography of 1589 articles. Available from Dr Dudley Blake, Dept. of Veterans Affairs, National Center for PTSD, Medical Center, 3801 Miranda Ave, Palo Alto, CA, 94304.

- BOUDEWYNS, P.A., STWERTKA, S.A., HYER, L.A., ALBRECHT, J.W., & SPERR, E.V. (1993). Eye movement desensitization for PTSD of combat: A treatment outcome pilot study. *The Behavior Therapist*, 16, 29-33.
- BRAUN, B.G., (Ed.) (1980). *Treatment of multiple personality disorder*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- BRESLAU, N., DAVIS, G.C., ANDERESKI, P. & PETERSON, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- BRETT, E.A. & OSTROFF, R. (1985). Imaging and posttraumatic stress disorder: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 142, 417-424.
- BRETT, E.A., SPITZAR, R.L. & WILLIAMS, J.B.W. (1988) DSM-III-R criteria for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1232-1236.
- BREUER, J. & FREUD, S. (1957). *Studies on hysteria*. New York: Basic Books.
- BRIERE, J. (1989). *Therapy for adults molested as children: Beyond survival*. New York: Springer.
- BRIERE, J. & RUNTZ, M. (1987). Post sexual abuse trauma: Data and implications for clinical practice. *Journal of Interpersonal Violence*, 3, 367-379.
- BROMET, E.J. (1989). The nature and effects of technological failures. In R. Gist & B. Lubin (Eds.), *Psychosocial aspects of disaster*. New York: Wiley.
- BUDMAN, S.H., HOYT, M.F. & FRIEDMAN, S. (Eds.) (1992). *The first session in brief therapy*. New York: Guilford.
- BULMAN, R. & WORTMAN, C.B. (1977). Attributions of blame and coping in the "real world". Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 351-363.
- BUTLER, S. (1978). *Conspiracy of silence: The trauma of incest*. New York: Bantam Books.
- CALHAUN, K.S. & ATKESON, B.M. (1991). *Treatment of rape victims: Facilitating psychosocial adjustment*. Elmsford, NY: Pergamon.
- CAPACCHIONE, L. (1979). *The creative journal: The art of finding yourself*. Athens, OH: Ohio University/ Swallow Press.
- CAUL, D. (1984). Group and video techniques for multiple personality disorder. *Psychiatric Annals*, 14, 43-50.
- CHEMBTOB, C. ROITBLAT, H.C., HAMADAM R,S,M CARLSON, J.G & TWENTYMAN, C.T. (1988). A cognitive action theory of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 253-275.
- CIENFUEGOS, A.J., & MONELLI, C. (1983). The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 43-51.
- COLES, R. (1989). *The call of stories*. Boston: Houghton Mifflin.
- COOPER, N.A. & CLUM, G.A. (1989). Imaginal flooding as a supplementing for PTSD in combat veterans: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 381-391.
- COURTOIS, C.A. (1979). The incest experience and its aftermath. *Victimology*, 4, 337-347.
- COURTOIS, C.A. (1988). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy*. New York: W.W. Norton.
- CRESSMAN, B., CAMERON, G. & ROTHERY, M. (1989). *Intervining with assaulted women: Current theory, research and practice*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- DANCU, C.V. & FOA, E.B. (1992). Posttraumatic stress disorder. In A. Freeman and F. Dattilio (Eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- DANICA, E. (1988). *Don't*. London: The Women's Press.
- DANIELI, Y. (1982). Families of survivors of the Nazi Holocaust: Some short and longterm effects. In C.D. Spierberger, I.G. Sarason & N.A. Milgram (Eds.), *Stress and anxiety*. Washington, D.C.: Hemisphere.
- DANIELI, Y. (1988). Treating survivors and children of survivors of the Nazi Holocaust. In F.M. Ochberg (Ed.), *Posttraumatic therapy and victims of violence*. New York: Brunner/Mazel.
- DAVIDSON, J.R. (1992). Drug therapy of posttraumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 160, 309-314.
- DAVIDSON, J.R. & FAIRBANK, J.A. (1993). The epidemiology of posttraumatic stress disorder. In Dr. J.R. Davidson & E.B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: DSM IV and beyond*.
- DAVIDSON, J.R. & FOA, E.B. (1993) *Posttraumatic stress disorder: DSM IV and beyond*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- DAVIDSON, J.R., KUDLER, H., SAUNDERS, W., & SMITH, R. (1990). Symptom and comorbidity patterns in World War II and Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 162-170.
- de SHAZER, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.
- de SHAZER, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.

- DERIEGA, V.J., HENDRICK, S.S., WINSTEAD, B.A. & BERG, J.H. (1991). *Psychotherapy as a personal relationship*. New York: Guilford.
- DOLAN, Y.M. (1991). *Resolving sexual abuse: Solution focused therapy and Ericksonian hypnosis for adult survivors*. New York: Plenum Press.
- DRAUCKER, C.B. (1992). *Empowering survivors of childhood abuse*. Newburg, CA: Sage.
- DUTTON, M.A. (1992). *Empowering and healing the battered women: A model for assessment and intervention*. New York: Springer.
- DYGEROV, A. (1988). *Critical incidents debriefings*. Unpublished manuscript, Research Center for Occupational Health and Safety.
- ECKENRODE, J. (1991) (Ed). *The social context of coping*. New York: Plenum
- ECKENRODE, J. & GORE, S. (1990)(Eds.).*Stress between family*. New York: Plenum
- EGENDORF, A., KADUSHIN, C., LAUFER, R., ROTHBART, G. & SLOAN, L. (1981). *Legacies of Vietnam: Comparative adjustment of veterans and their peers*. New York: Center for Policy Research.
- EISEN, M.R. (1992/93). The victim's burden: Guilt, shame, and abuse. *Imagination, Cognition, and Personality*, 12, 69-88.
- EPSTON, D., WHITE, M. & MURRAY, K. (1992). A proposal for a reauthoring therapy: In S. McNamnee & K.J. Gergen (eds.), *Therapy as social construction*. Newbury Park, CA: Sage.
- EVERLY, G.S. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York: Plenum Press
- FIGLEY, C.R. (Ed.) (1985). *Trauma and its wake: Traumatic stress theory, research, and intervention*. New York: Brunner/Mazel.
- FIGLEY, C.R. (Ed.) (1985). *Trauma and its wake: The study and treatment of Posttraumatic stress disorder*. New York: Brunner/Mazel.
- FIGLEY, C.R. (1987). A five phase treatment of Posttraumatic stress disorder in families. *Journal of Traumatic stress*, 1, 127-141.
- FIGLEY, C.R. (1989). *Helping traumatized families*. San Francisco: Josey Bass.
- FIGLEY, C.R. & LEVENTMAN, S. (1980). *Strangers at home: Vietnam veterans since the war*. New York: Praeger.
- FINKELHOR, D., GELLES, R.J. & HOTALING, G.T. (1983). *The dark side of families*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- FINKELHOR, D., HOTALING, G., LEWIS, I.A. & SMITH, C. (1984). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 14, 19-28.
- FLANNERY, R.B. (1992). *Posttraumatic stress disorder: The victim's guide to healing and recovery*. New York: Crossroad.
- FOA, E.B., ROTHBAUM, B.O., RIGGS, D.S. & MURDOCK, T.B. (1991). Treatment of Posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- FOA, E.B., ROTHBAUM, B.O. & STEKETEE, G.S. (1993). Treatment of rape victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 256-276.
- FOA, E.B., STEKETEE, G. & OLASOVROTHBAUM, B. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of Posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- FONTANA, A., ROSENHECK & BRETT, E. (1992). War zone traumas and Posttraumatic stress disorder symptomology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 148-155.
- FOY, D.W. (Ed.) (1992). *Treating PTSD: Cognitive behavioral strategies*. New York: Guilford Press.
- FOY, D.W., DONAHOE, C.P., CARROLL, E.M., GALLERS, J. & RENO, R. (1987). Posttraumatic stress disorder. In L. Michelson & L.M. Ascher (Eds.), *Anxiety and stress disorders*. New York: Guilford.
- FOY, D.W., SIPPRELLE, R.C., RUEGER, D.B., & CARROLL, E.M. (1984). Etiology of Posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans: Analysis of premilitary, military, and combat exposure influences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 79-87.
- FRANK, J. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- FRANKENHAEUSER, M., LUNDBERG, U., & CHESNEY, M. (1991) (Eds.) *Women, work, and health: Stress and opportunities*. New York: Plenum
- FRANKL, V.E. (1963). *Man's search for meaning*. Boston: Beacon Press.
- FRASER, J.S. (1989). The strategic rapid intervention approach. In C.R. Figley (Ed.), *Treating stress in families*. New York: Brunner/Mazel.
- FRASER, S. (1987). *My father's house: A memoir of incest and of healing*. New York: Harper and Row.

- FRIEDMAN, S. (1992). Constructing solutions. In S.H. Budman & M.F. Hoyt (Eds.), *The first session in brief therapy*. New York: Guilford Press.
- GAYFORD, J.J. (1975). Wifebattering: A preliminary survey of 100 cases. *British Medical Journal*, 1, 154-157.
- GLESER, G., GREEN, B.L., & WINGET, C.P. (1981). *Prolonged psychosocial effects of disaster. A study of Buffalo Creek*. New York: Plenum.
- GOLBERGER, L., & BREZNITZ, S. (Eds.) (1993). *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. (Second Edition) New York: Free Press.
- GOODMAN, J.M. & TALWAR, N. (1989). Group psychotherapy for victims of incest. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 279-283.
- GOODMAN, L.A., KOSS, M. & RUSSO, N.F. (1993). Violence against women: physical and mental health effects. Part I. Research findings. *Applied and Preventive Psychology*, 2, 79-89.
- GOODMAN, L.A., KOSS, M.P., & RUSSO, N.F. (1993). Violence against women: Mental health effects. Part II. Conceptualizations of posttraumatic stress. *Applied and Preventive Psychology*, 2, 123-130.
- GREEN, B.L., LINDY, J.D., GRACE, M.C., & GLESER, G. (1989). Multiple diagnosis in posttraumatic stress disorder: the role of war stressors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 320-335.
- GREEN, B.L., LINDY, J.D., GRACE, M.C., & LEONARD, A.C. (1992). Chronic Posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 760-766.
- GREEN, B.L., WILSON, J.P., & LINDY, J. (1985). Conceptualization Posttraumatic stress disorder: A psychosocial framework. In C. Fegley (ed.), *trauma and its wake*. (pp. 5373). New York: Brunner/Mazel.
- GUERNEY, B.G. (1977). *Relationship enhancement: Skill training programs for therapy, problem prevention and enrichment*. San Francisco: Jossey Bass.
- GUNDERSON, J.G. & SABO, A.N. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 150, 19-27.
- HALES, R.E. (1992). Psychiatric lessons from the Persian Gulf war. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 769.
- HALEY, S. (1974). When the patient reports atrocities. *Archives of General Psychiatry*, 30, 191-196.
- HAMMOND, W.K., SCURFIELD, R.M. & RISSE, S.C. (1993). Posttraumatic stress disorder. In D.I. Dunner (Ed.), *Current psychiatric therapy*. New York: Saunders.
- HARVEY, J.H., FLANARY, R. & MORGAN, M. (1986). Vivid memories of vivid loves gone by. *Journal of Social and Personal Relationships*, 3, 359-373.
- HARVEY, J.H., ORBUCH, T.L., CHWALISZ, K.D., & GARWOOD, G. (1991). Coping with sexual assault: The roles of account making and confiding. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 515-531.
- HARVEY, J.H., ORBUCH, T.L., WEBWR, A.L., MERBACH, N. & ALT, R. (1992). House of pain and hope: Accounts of loss. *Death studies*, 16, 99-124.
- HARVEY, J.H., WEBWR, A.L., & ORBUCH, T.L. (1990). *Interpersonal accounts: A social psychological perspective*. Oxford, England: Basil Blackwell.
- HARVEY, M.R. (1990). *An ecological view of psychological trauma*. Unpublished manuscript. Cambridge Hospital, Cambridge: Mass.
- HENDIN, H. & HAAS, A.P. (1991). Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 148, 586-591.
- HERBERT, J.D., & MUSAR, K.T. (1992). Eye movement desensitization: A critique of the evidence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 169-174.
- HERMEN, J.L. (1981). *Fatherdaughter incest*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- HERMAN, J.L. (1992). *Trauma recovery*. New York: Basic Books.
- HERMAN, J.L. (1993). Sequelae of prolonged and repeated trauma evidence for a complex posttraumatic syndrome (DESNOS). In J.R. Davidson & E.B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder. DSM IV and beyond*. Washington, D.C., American Psychiatric.
- HERMAN, J.L. & SCHATZOW, E. (1984). Time limited group therapy for women with a history of incest. *International Journal of Group Psychotherapy*, 34, 605-616.
- HILEY-YOUNG & Colleagues (1993). *Posttraumatic stress syndrome and disorder information packet (4th edition)*. A publication of the National Center for PTSD Education Division. (3801 Miranda Ave., MPD 323 E 112, Palo Alto, CA, 94304).
- HODGKINSON, P.E. & STEWART, M. (1991). *Coping with catastrophe: A handbook of disaster management*. London: Routledge.
- HOGANCAMP, V.E. & FIGLEY, C.R. (1983). Bringing the battle home. In C.R. Figley & H.I. McCubbin (Eds.), *Stress and the family, Vol 2. Coping with catastrophe*. New York: Brunner/Mazel.
- HOROWITZ, M.J. (1986). *Stressresponse syndromes* (2nd ed.) Northvale, NJ: Aronson.

- HOWARD, G.S. (1991). Cultural tales: A narrative approach to thinking, crosscultural psychology, and psychotherapy. *American Psychologist*, 46, 187-197.
- HURTON, A.L., JOHNSON, B.L., ROUNDY, L.M. & WILLIAM, D.(1990). *The incest perpetrator: A family member no one wants to treat*. Newbury Park, CA: Sage.
- INBERBLACK, E., ROBERTS, J. & WHITHING, R. (1988). *Rituals in families and family therapy*. New York: Norton.
- ISLEY, P.J. (1992). A time limited group therapy model for men sexually abused as children. *Group*, 16, 233-246.
- JANET, P. (1991). *Psychological healing. Vol 1* (Translated E. Paul and Paul) New York: MacMillan.
- JANOFF-BULMAN, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake* (pp. 1535). New York: Brunner/Mazel.
- JANOFF-BULMAN, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- JANOFFBULMAN, R. & FRIEZE, I.H. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimizations. *Journal of Social Issues*, 39, 117.
- JEHU, D., KLASSES, C. & GAZAN, M. (1985/1986). Cognitive restructuring of distorted beliefs associated with childhood sexual abuse. *Journal of Social Work and Human Sexuality*, 4, 135.
- JONES, J.C. & BARLOW, D.H. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 10, 299-328.
- KAUFMAN, J. & ZIGLER, E. (1987). Do abused children become abusive parents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 186-192.
- KEANE, T.M. (1989a) Miniseries on Posttraumatic stress disorder: Current states and future directions. *Behavior Therapy*, 20.(see entire Spring issue).
- KEANE, T.M. (1989b). Posttraumatic stress disorder: Current states and future directions. *Behavior Therapy*, 20, 149-153.
- KEANE, T.M., FAIBANK, J.A., CADDELL, J.M. & ZIMERING, R.T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20, 245-260.
- KEANE, T.M., GERARRALI, R.J. QUINN, S.J. & LITZA, B.T. (1992). Behavior Treatment of Posttraumatic stress disorder. In S.M. Turner, K.S. Caulhon & H.E. Adams (Eds.), *Handbook of Clinical behavior therapy*. Second edition. New York: Wiley.
- KEANE, T.M., ZIMERING, R.T., & CADDELL, J.M. (1985). A behavioral formulation of Posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *The Behavior Therapist*, 8, 912.
- KFIR, N. (1989). *Crisis intervention verbatim*. Washington D.C.: Hemisphere Publishing.
- KILPATRIK, D.G. (1983). Rape victims: detection, assessment & treatment. *The Clinical Psychologist*, 26, 92-95.
- KILPATRIK, D.G. & CALHOUN, K.S. (1988). Early behavioral treatment for rape trauma: Efficacy or artifact? *Behavior Therapy*, 19, 421-427.
- KINZIE, J.D. & FLECK, J. (1987). Psychoherapy with severely traumatized refugees. *American Journal of Psychology*, 41, 82-94.
- KINZIE, J.D. & LEUNG, P.K. (1989) Clonidine in Cambodian patients with Posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and mental Disorders*, 177, 546-550.
- KOLB, L.C. (1987). A neorophysiological hypothesis explaining posttraumatic stress disorders. *American Journal of Psychiatry*, 144, 989-995.
- KOSS, M.P. & HARVEY, M.R. (1991). *The rape victim: Clinical and community interventions*. Beverly Hills, CA: Sage.
- KULKA, R.A., SCLINGER, W.E. & FIRBANK, J.A. (1988). *National Vietnam Vetran Readjusment Study*. Research Triangle, North Carolina.
- LANGER, L.L. (1991). *Holocaust testimonies*. New Haven: Yale University Press.
- LAZARUS, R.S. & FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- LINDERMAN, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- LINDY, F.D., GRACE, .M.C. & GREEN, B.L. (1981). Survivors: Outreach to a revelent population. *American Journal of Orthopsychiatry*, 31, 468-478.
- LIPORSKY, J.A. (1992). Assessment and treatment of posttraumatic stress disorder in child survivors of sexual assault. In D.W. Foy (Ed.), *Treating PTSD: Cognitivebehavioral strategies*. New York: Guilford.

- LITZ, B.T., BLAKE, D.D., GERARDI, R.G., & KEANE, T.M. (1990) Decision making guidelines for the use of direct therapeutic exposure in the treatment of posttraumatic stress disorder. *The Behavior Therapist*, 13, 91-93.
- LOHR, J.M., KLEINKNECHT, R.A., CONLEY, A.T., DALCARRO, S., SCHMIDT, J. & SONNTAG, M.E. (1992). A methodological critique of the current status of eye movement desensitization (EMD). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 159-167.
- LOO, C.M. (1993). An integrative treatment model for Posttraumatic stress disorder: A case study of the Japanese American internment and redress. *Clinical Psychology Review*, 13, 89-118.
- MALTZ, W. & HOLMAN, B. (1987). *Incest and sexuality: A guide to understanding and healing*. Lexington, MA: Lexington Books.
- MANGELSDORFF, A.D. (1985). Lessons learned and forgotten: The need for prevention and mental health interventions in disaster preparedness. *Journal of Community Psychology*, 13, 239-257.
- MARCH, S. (1933). What constitutes a stressor? The criterion A issue. In J.R. Davidson & E.B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: DSM and beyond*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- MARMAR, C. & HOROWITZ, M.J. (1988). Diagnosis and phase oriented treatment of posttraumatic stress disorder. In J. Wilson, Z. Harel & B. Kahana (Eds.), *Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam*. New York: Plenum Press.
- MARQUIS, J.N. (1991). A report of seventy eight cases treated by eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 21, 211-217.
- MATSAKIS, A. (1992). *I can't get over it: A handbook for trauma survivors*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- McCANN, I.L., & PEARLMAN, L.A. (1990a). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149.
- McCANN, I.L. & PEARLMAN, L.A. (1990b). *Psychological and the adult survivor: Theory therapy and transformation*. New York: Brunner/Mazel.
- McCANN, I.L., SAKHEIM, D.K. & ABRAHAMSON, D.J. (1988). Trauma and victimization: A model of psychological adaptation. *The Counseling Psychologist*, 16, 531-594.
- McCANN, I.L., PEARLMAN, L.A., SAKHEIM, D.K., & ABRAMSON, D.J. (1985). Assessment and treatment of the adult survivor of childhood sexual abuse within a schema framework. In S.M. Sgroi (Ed.), *Vulnerable population (Vol.1)* Lexington, MA: Lexington Books.
- McCUBBIN, M.A. & McCUBBIN, I.H. (1989). Theoretical orientations to family stress and coping. In C.R. Figley (ed.), *Treating stress in families*. New York: Brunner/Mazel.
- McCUBBIN, M.A. & PATTERSON, J.M. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. In H.I. McCubbin, M. Sussman & J.M. Patterson (Eds.), *Advancements and developments in family stress theory and research*. New York: Haworth.
- McFARLANE, A.C. (1989). The etiology of posttraumatic morbidity: Predisposing precipitating and perpetuating factors. *British Journal of Psychiatry*, 154, 221-228.
- MEICHENBAUM, D. (1985). *Stress inoculating training*. New York: Pergamon Press.
- MEICHENBAUM, D. (1993). Stress inoculating training: A twenty year update. In R.L. Woolfolk & P.M. Lehrer (Eds.), *Principles and practices of stress management*. New York: Guilford Press.
- MEICHENBAUM, D. & FITZPATRICK, D. (1993). A constructionist narrative perspective on stress and coping. Stress inoculation applications. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects*. (Second Edition) New York: Free Press.
- MILGRAM, N.A., SANDLER, I., SARASON, I. & van der KOLK, B. (1991). Warrelated stress. *American Psychologist*, 46, 848-855.
- MITCHELL, J.T. (1983). When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 8, 36-39.
- MITCHELL, J.T. (1987). Effective stress control at major incidents. *Maryland Fire and Rescue Bulletin*, June, 39.
- MITCHELL, J.T. (1988). Stress: development and functions of a critical incident stress debriefing team. *JEMS (Journal of Emergency Medical Services)*, Dec. 43-46. (For details of training, contact the International Critical Incident Stress Foundation, 5018 Dorsey Hall Drive, Suite 104, Ellicott City, Maryland, 21042.
- MOORE, R.H. (1992). *Traumatic Incident Reduction: A cognitive emotive treatment for PTSD*. Unpublished handout, Institute of Rational emotive therapy, Clearwater, Florida.
- MOOS, R.H. (1986) (Ed.) *Coping with life crises: An integrated approach*. New York: Plenum
- MUSAR, K.T. & HERBERT, J.D. (in press). EMDR: Caveat Emptor. *The Behavior Therapist*.

- MUSICAR, L. & JOSEFOWITZ, N. (1992). Understanding incest survivor's flashbacks from a cognitive behavioral perspective. Paper presented at the Ontario Psychological Association, Toronto, Ontario.
- NOEL, B. & WATTERSON, K. (1993). *You must be dreaming*. New York: Poseidon Press.
- NORMAN, M. (1990). *The good men: Friendships forged from war*. New York: Crown.
- O'HANLON, W.H. (1992). History becomes her story: Collaborative solution oriented therapy of the after effects of sexual abuse. In S. McNamnee & K.J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction*. Newbury Park, CA: Sage.
- O'HANLON, W.H. & WEINERDAVIS, M. (1989). *I search of solutions*. New York: Norton.
- OCHBERG, F.M. (Ed.) (1988a). *Posttraumatic therapy and victims of violence*. New York: Brunner/Mazel.
- OCHBERG, F.M. (1988b). Posttraumatic therapy and victims of violence. In F.M. Ochberg (Ed.), *Posttraumatic therapy and victims of violence*. New York: Brunner/Mazel.
- PALMER, L. (1987). *Shrapnel in the heart*. New York: Random House.
- PARSON, E.R. (1988). Posttraumatic self disorders (PTSD): theoretical and practical considerations in psychotherapy of Vietnam War veterans. In J. Wilson, Z. Harel & B. Kahana (Eds.), *Human adaptation to extreme stress: From the holocaust to Vietnam*. New York: Plenum Press.
- PENNEBAKER, J.W. (1989). Confession, inhibition, and disease. In L. Berkowitz (ed.), *Advances in experimental social psychology, Vol 22*, Orlando, FL: Academic Press.
- PETERSON, C.K., PROUT, M.F. & SCHWARZ, R.A. (1991). *Posttraumatic stress disorder: A clinician's guide*. New York: Plenum.
- POLLOCK, D.A., RHODES, M.S. & BOYLE, C.A. (1990). Estimating the number of suicides among Vietnam Veterans. *American Journal of Psychiatry, 147*, 772-776.
- PUTNAM, F.W. (1991a). Dissociative phenomena. In A. Tasman (Ed.), *Annual Review of Psychiatry*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- PUTNAM, F.E. (1991b). Recent research on multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 14*, 489-502.
- RACHMAN, S. (1989). *Fear and courage*. Second Edition. New York: W.H. Freeman.
- RAPHAEL, B. (1986). *When disaster strikes: A handbook for the caring professions*. London: Hutchinson.
- RESIK, P.A. (1993). The psychological impact of rape. *Journal of Interpersonal Violence, 8*, 223-255.
- RESIK, P.A. & SCHENIKE, M.K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims*. New York: Sage.
- RESNIK, P.A., JORDAN, C.G., GIRALLI, S.A., HUNTER, C.K. & MARHOEFERDVOK, S. (1988). A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy, 19*, 385-401.
- RESNICK, H.S., KILPATRICK, D.G., BEST, C.L., & KRAMER, T.L. (1992). Vulnerability stress factors in development of Posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disorder, 180*, 424-430.
- RESNIK, H.S. & NEWTON, T. (1992). Assessment and treatment of Posttraumatic stress disorder in adult survivors of sexual assault. In D.W. Foy (Ed.), *Treating PTSD: Cognitive behavioral strategies*. New York: Guilford Press.
- ROBERTS, W.R., PENK, W.E., GEARING, M.I., RABINOWITZ, R., DOLAN, M.P. & PATTERSON, E.T. (1982). Interpersonal problems of Vietnam combat veterans with symptoms of Posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 91*, 444-450.
- ROSENTHAL, D., SADLER, A. & EDWARDS, W. (1987). Families and Posttraumatic stress disorder. In D. Rosenthal (Ed.), *Family stress*. Aspen, CO: Aspen.
- ROTHBAUM, B.O. & FOA, E.B. (1993). Subtypes of Posttraumatic stress disorder and duration of symptoms. In J.R. Davidson & E.B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: DSMIV and beyond*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- ROTHBAUM, B.O., & FOA, E.B. (1992). Exposure therapy for rape victims with Posttraumatic stress disorder. *The Behavior Therapist, 15*, 219-222.
- ROTHBAUM, B.O. & FOA, E.B. (1993). *Posttraumatic stress disorder: A behavioral approach to assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- RUBONIS, A.V. & BICKMAN, L. (1991). Psychological impairment in the wake of disaster: The disaster psychopathology relationship. *Psychological Bulletin, 109*, 384-399.
- RUSSELL, D.E. (1984). *Sexual exploitation. Rape, child sexual abuse and sexual harassment*. Beverly Hills, CA: Sage.
- RUSSELL, D.E. (1987). *The secret trauma: Incest on the lives of girls and women*. New York: Basic Books.

- SAIGH, P.A. (Ed.) (1992). *Posttraumatic stress disorder: Behavioral assessment and treatment*. Elmsford, NY: Maxwell Press.
- SCHAFER, R.M. (1992). *Retelling a life*. New York: Basic Books.
- SCHERER, M. (1992). *Still loved by the sun: A rape survivor's journal*. New York: Simon & Schuster.
- SCHWARZ, E.D. & KOWALSKI, J.M. (1992). Malignant memories: Reluctance to utilize mental health services after a disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 767-772.
- SCOTT, M.J. & STRADLING, S.J. (1992). *Counseling for Posttraumatic stress disorder*. Newbury Park, CA: Sage.
- SCURFIELD, R.M. (1963). Treatment of PTSD among Vietnam veterans. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *The international handbook of traumatic stress syndromes: Stress coping series*. New York: Plenum Press.
- SCURFIELD, R.M. (1985). Posttrauma stress assessment and treatment: Overview and formulation. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of Posttraumatic stress disorder*. New York: Brunner/Mazel.
- SCURFIELD, R.M. (1992). Interventions with medical and psychiatric evacuees and their families: From Vietnam through the Gulf war. *Military Medicine*, 157, 88-97.
- SHAPIRO, F. (1989). Eye development desensitization: A new treatment for Posttraumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- SILVER, R.L., BOON, C. & STONES, M.H. (1983). Searching for meaning in misfortune: Making sense of incest. *Journal of Social Issues*, 39, 81-102.
- SILVER, S.M. & WILSON, J.C. (1988). Native American healing and purification rituals for war stress. In J. Wilson, Z. Harel, & B. Kahana (Eds.), *Human adaptations to extreme stress: from the Holocaust to Vietnam*. New York: Plenum Press.
- SILVER, R.L. & WORTMAN, C.B. (1980). Coping with undesirable life events. In J. Garber & M.E.P. Seligman (Eds.), *Human helplessness: Theory and applications* (pp.279-340). New York: Academic Press.
- SINGER, K. (1989). Group work with men who experienced incest. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 468-472.
- SMITH, F. (1990). *To think*. New York: Teachers College, Columbia University Press.
- SNYDER, C.R. & FORD, C.E. (1987). *Coping with negative life events: Clinical and social psychological perspectives*. New York: Plenum
- SOLOMON, Z. (1993). *Combat stress reactions: the enduring toll of war*. New York: Plenum Press.
- SPITZER, W.J. (1992). Critical incident stress: The role of hospital based social work in developing a state wide intervention system for first responders delivering emergency services. *Social Work in Health care*, 18, 39-57.
- SPITZER, W.J. & BURKE, L. (1993). A critical incident stress debriefing program for hospital based health care personnel. *Health Social Work*, 18, 149-156.
- STANTON, A.L. & DUNKEL-SCHETTER, C. (1991) (Eds). *Infertility: Perspectives from stress and coping research*. New York: Plenum
- TIMERMAN, J. (1988). *Prisoner without a name: Cell without a number*. New York: Vintage.
- TREPPENER, T.S. & BERRETT, M.J. (1989). *Systemic treatment of incest*. New York: Brunner/Mazel.
- TRIMBLE, M.R. (1981). *Posttraumatic neurosis: From railway spine to whiplash*. New York: Wiley.
- URSANO, R.J., KAO, T.C. & FULLERTON, C.S. (1992). Posttraumatic stress disorder and meaning: Structuring human chaos. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 756-759.
- van der KOLK, B.A. (1987). *Psychological trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- van der KOLK, B.A. (1989). Compulsion to repeat the trauma: Reenactment, revictimization and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 389-411.
- VANDERLINDEN, J., VANDERREYKENEN, W. Van DYCK, R. & VERTOMMEN, H. (1993). Dissociative experiences and trauma eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 187-193.
- VERONEN, L.J. & KILPATRICK, D.G. (1983). Stress management for rape victims. In D. Meichenbaum & M.E. Jaremko (Eds.), *Stress reduction and prevention*. New York: Plenum Press.
- VIORST, J. (1986). *Necessary losses*. New York: Fawcett Gold Medal.
- WALTER, L. (1979). *The battered women*. New York: Harper and Row.
- WALKER, L.E. (1984). *The battered women syndrome*. New York: Springer.
- WEISEL, E. (1960). *Night*. Translated by S. Rodway. New York: Hill and Wong.
- WEISMAN, A.D. (1986). *The coping capacity*. New York: Human Sciences Press.
- WEISS, R.S. (1975). *Marital Separation*. New York: Basic Books.

- WHITE, M. & EPSTON, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- WILLIAMS, T. (Ed.) (1987). *Posttraumatic stress disorder: A handbook for clinicians*. Cincinnati, Ohio: Disabled American Veterans (PO BOX 14301, Cincinnati, Ohio, 45214)
- WILSON, J., HAREL, Z. & KAHANA, B. (Eds.) (1988). *Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam*. New York: Plenum Press.
- WILSON, J.P. & RAPHAEL, B. (Eds.) (1993). *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press.
- WILSON, J.P. (Ed.) (1990). *Trauma, transformation and healing*. New York: Brunner/Mazel.
- WOLLMAN, D. (1993). Critical incident of stress and crisis groups: A review of the literature. *Group*, 17, 70-83.
- WORTMAN, D.B. & SILVER, R.C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 349-357.