

REVISTA DE  
**PSICOTERAPIA**

TRASTORNOS POR  
ESTRES POST-TRAUMATICO Y ANGUSTIA

Epoca II, Volumen V - 1er. trimestre 1994

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ

**17**

Ψ

---

# REVISTA DE PSICOTERAPIA

**Director:** MANUEL VILLEGAS BESORA

**Consejo de Dirección:** LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

**Comité de Redacción:** LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID, MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M<sup>a</sup> JOSE PUBILL GONZALEZ, M<sup>a</sup> ROSA TORRAS CHERTA.

**Secretaria de Redacción:** ARIADNA VILLEGAS TORRAS

**Consejo Editorial:** ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, RENZO CARLI, ISABEL CARO GABALDA, LORETTA CORNEJO PAROLINI, VITTORIO F. GUIDANO, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, GIOVANNI P. LOMBARDO, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, BERNARDO MORENO JIMENEZ, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, JAUME SEBASTIAN CAPO, ANTONIO SEMERARI.

**Coordinador:** GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA.

**Secretaria de Administración:** INMACULADA RODRIGUEZ ESTAUN

---

**EDITA:**

**REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.**

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

**Epoca II, Volumen V - N° 17 - 1er. trimestre 1994**

Esta revista tuvo una época 1<sup>a</sup>, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

---

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

---

**Portada:** Ana Gimeno-Bayón Cobos

**Fotocomposición, Fotomecánica:** Gabinete Velasco Tel.: 418 28 67 BARCELONA

**Impresión:** GRAFICAS L'ALZINA,  
Llull 109, 08005 Barcelona. Tel.: (93) 485 26 78

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

---

Precio de este ejemplar 1.500 pts. (incluido I.V.A.)

# SUMARIO

<b>EDITORIAL .....</b>	<b>3</b>
<b>TRATAMIENTO DE CLIENTES CON TRASTORNOS DE ESTRES POST-TRAUMATICO: UN ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL .....</b>	<b>5</b>
Donald Meichenbaum	
<b>EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO DEL TRASTORNO POR ANGUSTIA .....</b>	<b>85</b>
Rafael Ballester Arnal y Cristina Botella Arbona	
<b>* * *</b>	
<b>CASO CLINICO “LA MUJER DE LA MULETA”. LA CONSTRUCCION Y RECONSTRUCCION DE UNA CRISIS AGORAFOBICA .....</b>	<b>113</b>
Ignacio Preciado	
<b>RESEÑA BIBLIOGRAFICA FUNDAMENTOS DE UN MODELO INTEGRATIVO EN PSICOTERAPIA .....</b>	<b>123</b>
De Héctor Fernández Álvarez, por Guillem Feixas	
<b>COMENTARIO DE LIBROS .....</b>	<b>125</b>



## EDITORIAL

La génesis de este número monográfico está relacionada con un acontecimiento importante, que es la visita a Barcelona del Dr. Donald Meichenbaum el próximo mes de junio, promovida por el Institut Superior d'Estudis Psicològics ISEP de Barcelona, donde desarrollará un Seminario sobre "Tratamiento de adultos con trastornos afectivos". Con este motivo publicamos un trabajo que el Dr. Meichenbaum nos ha cedido gentilmente para su difusión a través de la revista, como material que ha de formar parte del contenido de este Seminario.

El artículo constituye un pequeño manual de tratamiento de los trastornos por estrés postraumático. No es éste un tema que haya merecido especialmente la atención en nuestro medio psicológico de habla hispana. Sin embargo, leyendo las estadísticas norteamericanas uno puede darse cuenta de la enorme incidencia que este trastorno puede llegar a tener sobre la población. Basta con pensar en la manera cómo se tratan en nuestro medio las desgracias o desastres naturales y artificiales sufridas por la población y "resueltas" con el silencio, la resignación, las "largas" que da la administración e incluso, demasiado frecuentemente, con la picaresca.

Como en muchas otras cosas existen probablemente diferencias importantes entre la cultura norteamericana y la latina a este respecto, entre ellas los recursos mentales, refranero incluido, -"no hay mal que por bien no venga"-, la solidaridad espontánea, las redes familiares extensas, el sustrato religioso de la cultura popular, etc. que permiten con frecuencia hacer frente a estas situaciones sin apoyos psicológicos específicamente profesionales. No obstante en algunos casos la gravedad de la situación es tal que las secuelas físicas, económicas y psicológicas sobre la población pueden llegar a ser perdurables y altamente dañinas o perjudiciales, causantes de auténticos trastornos asimilables al estrés postraumático. Pensemos por un momento en acontecimientos que han afectado a grupos numerosos de la población en nuestro país como los perjudicados por el derrumbamiento de la presa de Tous o por el síndrome derivado de la supuesta adulteración del aceite de colza. Sería una ingenuidad pensar que tales personas afectadas lo han sido sólo física o económicamente. Muchos otros problemas, entre ellos los psicológicos, suelen acompañar a tales experiencias y a sus consecuencias posteriores. Otras situaciones generadoras de estrés postraumático pueden presentarse a nivel individual como, por ejemplo, violaciones sexuales,

embarazos no deseados, o bien atracos, secuestros de personas, víctimas ocasionales de actos terroristas o de accidentes de tráfico, etc., acontecimientos todos que están bien presentes en la memoria colectiva y que, por desgracia, forman parte cada vez más de las portadas de periódicos y telediarios. Nos gustaría que la publicación de este artículo contribuyera a ampliar la conciencia de los psicólogos clínicos y de la sociedad a este respecto a fin de que, dado que no es posible evitar la producción de estos acontecimientos, la sociedad se acostumbrara a hacerles frente, al menos, con el aumento de recursos sociales y psicológicos.

Completa el número un artículo sobre *los trastornos de angustia*, debido a la colaboración de dos autores, Rafael Ballester y Cristina Botella, que trabajan en la recientemente instituida Universitat Jaume I de Castellón. En él se pasa revista a las distintas concepciones y formas de tratamiento del trastorno por angustia, desde el modelo biológico y fisiológico al psicológico, especificando claramente los procedimientos a seguir. Cierran el número las secciones habituales con algunos comentarios de libros recibidos.

La notable longitud del original del Dr. Meichenbaum nos ha obligado a reducir el número de artículos que completan la monografía, aunque no el de páginas, que más bien se ha visto aumentado en relación al que es habitual en un número simple. Esperamos que los lectores se hagan cargo de esta circunstancia, ampliamente compensada por el valor de la documentación que se aporta.

# 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, palpitations, 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 POSTRAUMATICO

Síntoma objetivo	Medicación	Dosificación
<b>Agudo</b>		
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
<b>Crónico</b>		
Re-experiencia	TCAs (antidepresivos tricíclicos) Fenelzina	50-250 mg/día 30-90 mg/día
Evitación, Irritabilidad	Fluoxetina	20-80 mg/día
Depresión	TCA TCA+Litium 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 contarle 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: DSM-IV 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.

# EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO DEL TRASTORNO POR ANGUSTIA.

Rafael Ballester Arnal  
Cristina Botella Arbona  
Universitat Jaume I de Castelló

*Different conceptions concerning panic disorder, such as biological, physiological and psychological are reviewed in this paper. Several treatments are also specifically described and integrated from a cognitive-behavioral approach.*

---

## 1.- INTRODUCCION

Posiblemente el miedo o temor sea uno de los sentimientos o estados más familiares para cualquier ser humano. En la vida de cualquier persona existen eventos, situaciones, objetos y pensamientos capaces de desencadenar la respuesta de miedo. Todos experimentamos este sentimiento cuando percibimos algún tipo de amenaza, tanto física como emocional, que pueda dejar al descubierto nuestra vulnerabilidad.

Si bien la ansiedad como reacción defensiva ante un peligro ejerce una función protectora o adaptativa en las diferentes especies (no sólo la humana) y ha salvaguardado a la humanidad, resultando evidente, parafraseando a Echeburúa (1992), que “en ocasiones la respuesta de ansiedad funciona como un dispositivo antirrobo defectuoso que se activa y previene de un peligro inexistente” (pág. 20). Nos encontramos en ese caso ante lo que denominamos una ansiedad patológica. De todos los trastornos de ansiedad, el trastorno por angustia o trastorno de pánico es uno de los que mayor investigación ha suscitado durante la década de los ochenta. Según Margraf, Barlow, Clark y Telch (1993) son varias las razones que podrían dar cuenta de este hecho. Por un lado, los estudios epidemiológicos a gran escala muestran que un 10% de la población ha experimentado al menos en alguna ocasión una crisis de angustia. En el 5% de los casos el problema es tan grave que se cumplen los criterios del DSM-III-R para el diagnóstico de trastorno por angustia con o sin agorafobia. Aunque el curso de este trastorno puede fluctuar, el pronóstico a largo

plazo sin un adecuado tratamiento es peor que el de la Depresión Mayor. Además, este trastorno frecuentemente lleva a problemas secundarios tales como alcoholismo, drogadicción y depresión severa. Y por último, la intensidad de los síntomas característicos de una crisis de angustia suele llevar al individuo a pensar que su muerte o locura es inminente, limita de forma importante la calidad de vida de los pacientes y mina su sensación de autoeficacia llevándoles posiblemente a buscar ayuda profesional con mucha más frecuencia que pacientes con cualquier otro trastorno. Todos estos factores llevan a Margraf y cols. (1993) a concluir que el trastorno por angustia constituye actualmente un grave problema de salud mental.

Etimológicamente, el término “Pánico” proviene del dios Pan, famoso por el temor y terror que era capaz de inspirar. Por lo que respecta al término diagnóstico utilizado para designar este trastorno, hay que decir que en los principales manuales diagnósticos se utilizan distintos nombres. Así, si bien el término anglosajón para designar este trastorno es el de “panic disorder”, en las versiones castellanas el CIE-10 (OMS, 1992) habla de trastorno de pánico y crisis de ansiedad preferentemente, mientras que en el DSM-III-R (APA, 1987) predomina la denominación de trastorno por angustia o crisis de angustia. Aunque nosotros somos más partidarios del término “trastorno por angustia, en el presente trabajo utilizaremos indistintamente ambas denominaciones.

## **2. CONCEPTO Y DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO POR ANGUSTIA.**

“-Bien. Dígame usted: ¿qué es lo que siente?

-Me cuesta trabajo respirar. No siempre. Pero a veces parece que me voy a ahogar.

-Siéntese aquí y cuénteme lo que le pasa cuando le dan esos ahogos.

-Me dan de repente. Primero siento un peso en los ojos y en la frente. Me zumba la cabeza y me dan unos mareos que parece que me voy a caer. Luego se me aprieta el pecho de manera que casi no puedo respirar.

-¿Y no siente usted nada en la garganta?

-Se me aprieta como si me fuera a ahogar.

-Y en la cabeza, ¿nota usted algo más de lo que me ha dicho?

-Sí, me late como si fuera a saltárseme.

-Bien. ¿Y no siente usted miedo al mismo tiempo?

-Creo siempre que voy a morir. Y eso que de ordinario soy valiente. No me gusta bajar a la cueva de la casa, que está muy oscura, ni andar sola por la montaña. Pero cuando me da eso, no me encuentro a gusto en ningún lado y se me figura que detrás de mí hay alguien que me va a agarrar de repente.

Así pues, lo que la sujeto padecía eran, en efecto, ataques de angustia, que se iniciaban con los signos del aura histérica, o mejor dicho, ataques de histeria con la angustia como contenido.” (Freud, 1895, 101-102)

La cita anterior corresponde a la descripción y comentarios que Freud hizo en

suobra “Estudios sobre la histeria” sobre el caso Catalina. Dicho caso se considera actualmente un clarísimo ejemplo de lo que hoy se conceptualiza como “crisis de angustia”. También lo son tanto la descripción que Da Costa (1871) hizo del llamado “corazón irritable” o “síndrome Da Costa”, como la descripción que Westphal hizo de al menos tres de los cuatro casos presentados en su trabajo de 1871 cuando introdujo el término “agorafobia” como miedo a los espacios abiertos (Boyd, 1991), y términos con significados afines como el de “neurosis cardíaca” de Osler (1905) y “corazón de soldado” de Lewis (1919).

De acuerdo con lo que señalan Margraf, Ehlers y Roth (1986), desde la excelente descripción que Freud hizo de este trastorno, la psiquiatría y la psicología se han limitado a aceptar las clasificaciones tradicionales las cuales englobaban los estados de ansiedad en el grupo de las “neurosis de angustia” caracterizadas por su carácter psicógeno (Ayuso, 1988). Así, durante décadas hubo un consenso respecto a que la ansiedad normal y la ansiedad patológica eran dos extremos de un mismo continuo. Este modelo de continuidad era aceptado por personas situadas en marcos teóricos diferentes (tanto las perspectivas psicodinámicas, como las comportamentales y/o las biológicas) (Klerman, 1988).

Sin embargo, en la década de los 60 aparecen una serie de trabajos que plantean la posibilidad de que las crisis de angustia puedan ser conceptualizadas como una entidad específica, con una etiopatogenia distinta a la de otros trastornos de ansiedad. En primer lugar, habría que destacar los trabajos de Sargent (1962) y el grupo de Klein (Klein, 1964; Klein y Fink, 1962; Mendel y Klein, 1969) que obtienen resultados positivos en los pacientes con crisis de angustia utilizando inhibidores de la monoamino-oxidasa e imipramina respectivamente. Por otro lado, en su trabajo de 1967, Pitts y McClure demuestran que es posible reproducir una crisis de angustia a través de una infusión de lactato sódico en pacientes que previamente la hubieran sufrido de modo espontáneo, mientras que esto no era posible en pacientes sin historia previa de crisis de angustia. Estos resultados generaron un gran interés entre un buen número de investigadores por descubrir la patología orgánica que subyace a las crisis de angustia, interés que tuvo como consecuencia a largo plazo la inclusión del trastorno por angustia como una categoría específica en el DSM-III (APA, 1980). En el DSM-III-R el pánico se configura como principal eje organizador y parece que en el DSM-IV la tendencia irá en la línea de seguir defendiendo la consideración del pánico como un fenómeno único y distinto al de otros trastornos de ansiedad, apareciendo la diferenciación entre los ataques o crisis inesperadas, limitadas situacionalmente y predispuestas situacionalmente (Caballo, 1993).

Teniendo en cuenta que la entidad nosológica del trastorno por angustia todavía constituye actualmente un tema polémico presentaremos a continuación los criterios que aparecen en el DSM-III-R para el diagnóstico del trastorno por angustia (TABLA 1).

**TABLA 1.**

**CRITERIOS DEL DSM-III-R PARA EL  
DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO POR ANGUSTIA.**

- A.** En algún momento durante la alteración se ha producido una o más crisis de angustia (período concreto de ansiedad o miedo intenso) que ha sido: (1) inesperada, es decir, que no se ha presentado inmediatamente antes o durante la exposición a una situación que casi siempre causa ansiedad y (2) no provocada por situaciones en que el sujeto es el centro de atención de los demás.
- B.** Por lo menos cuatro crisis tal como las hemos definido con anterioridad durante un período de cuatro semanas, o bien una o más crisis seguidas de miedo persistente a presentar otro ataque por lo menos durante un mes.
- C.** Por lo menos, cuatro de los síntomas siguientes durante alguna de las crisis:
1. Falta de aliento (disnea) o sensaciones de ahogo.
  2. Mareo, sensación de inestabilidad, sensación de pérdida de conciencia.
  3. Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia).
  4. Temblor o sacudidas.
  5. Sudoración.
  6. Sofocación.
  7. Náuseas o molestias abdominales.
  8. Despersonalización o desrealización.
  9. Adormecimiento o sensaciones de cosquilleo en diversas partes del cuerpo (parestias).
  10. Escalofríos.
  11. Dolor o molestias precordiales.
  12. Miedo a morir.
  13. Miedo a volverse loco o perder el control.
- Nota: Las crisis que incluyen cuatro o más síntomas se las denomina crisis de angustia; aquellas que tengan menos de cuatro síntomas son crisis de síntomas limitados.
- D.** En alguna de estas crisis, por lo menos cuatro de los síntomas han aparecido rápidamente y han aumentado en intensidad durante los diez minutos siguientes al comienzo del primer síntoma percibido en el ataque.
- E.** No es posible establecer la presencia de algún factor orgánico que haya iniciado o mantenido la alteración, por ejemplo, intoxicación por anfetamina o cafeína, o hipertiroidismo.

**3.- EL MODELO BIOLÓGICO DE LAS CRISIS DE ANGUSTIA.**

Tomando como punto de partida las investigaciones anteriormente mencionadas, Klein (1980, 1981) formula una nueva teoría acerca de la ansiedad patológica en la que plantea una diferencia cualitativa entre lo que este autor denomina ansiedad-pánico y la ansiedad crónica o anticipatoria. La ansiedad-pánico se caracteriza por la aparición repentina de una aprensión, terror o miedo intensos

acompañados de una serie de síntomas somáticos. Además, estos ataques con frecuencia se producen inesperadamente, de modo espontáneo, como “llovidos del cielo”. Klein los conceptualiza como una disfunción biológica específica y distinta a la de otros trastornos de ansiedad. En marcado contraste, la ansiedad anticipatoria tiene un curso crónico, menores fluctuaciones (en el caso de producirse, éstas no son tan bruscas) y más síntomas cognitivos. Además, Klein relaciona el pánico con la angustia de separación que es posible observar tanto en animales como en niños pequeños al ser separados de sus madres. Sería una especie de mecanismo de alarma innato que se desencadenaría por el distanciamiento respecto al estímulo de apego (Bowlby, 1969, 1973). Existirá una especie de secuencia entre ansiedad de separación en la infancia, ataques de pánico espontáneos y agorafobia. La distinción que lleva a cabo Klein entre el pánico y la ansiedad anticipatoria posibilita conceptualizar de otro modo la agorafobia. Para este autor, la ansiedad crónica y la conducta de evitación que presentan los pacientes agorafóbicos no serían más que una consecuencia del pánico, lo que el paciente teme no es tanto unas determinadas situaciones externas, sino que de nuevo se produzca el pánico.

Según Margraf y cols (1986) los argumentos fundamentales en los que se apoya Klein al defender su modelo biológico de las crisis de angustia serían los siguientes:

1) La especificidad de determinadas drogas. Algunos fármacos se muestran eficaces en este tipo de trastorno (antidepresivos tricíclicos e IMAOS), pero no en la ansiedad anticipatoria y también ocurre lo contrario (en este caso, parecen mostrarse eficaces algunos sedantes y tranquilizantes menores, especialmente las benzodiazepinas).

2) La inducción del pánico. Los ataques de pánico pueden ser desencadenados experimentalmente por medio de distintos agentes biológicos en pacientes que ya presentan este trastorno, aunque esto es mucho más difícil en pacientes que no presentan pánico o en controles normales. Además del trabajo ya comentado de Pitts y McClure (1967), se ha recurrido a una amplia gama de manipulaciones fisiológicas, desde el mismo lactato sódico (Appleby, Klein, Sachar y Levitt, 1981; la yohimbina (Charney, Heninger y Breier, 1984; el isoproterenol (Rayney, Pohl, Williams, Knitter, Freedman y Etedgui, 1984); la administración oral de cafeína (Charney, Heninger y Jatlow, 1985); la administración intravenosa de cafeína (Uhde, Roy-Byrne, Vittone, Boulenger y Post, 1984) o la hiperventilación voluntaria (Clark, Salkovskis y Chalkley, 1985).

3) La espontaneidad de los ataques de pánico. La mayoría de las crisis y, sobre todo al inicio del trastorno, se producen de modo espontáneo, no existe un estímulo externo desencadenante claramente identificable.

4) La ansiedad de separación. La mitad de los pacientes agorafóbicos presentan en la historia clínica algún problema de ansiedad de separación y esta ansiedad de separación, tanto en los animales como en los niños (“fobia escolar”) también

responde a los antidepresivos tricíclicos.

5) A todo lo anterior habría que añadir los estudios de familias y de gemelos en los que se observa un importante componente genético para el pánico que es independiente de la ansiedad de separación.

En la misma línea que Klein, Sheehan (Sheehan 1982, 1984; Sheehan y Sheehan, 1982a,b) afirma que los “ataques de pánico espontáneos” constituyen una entidad absolutamente distinta a la de otros trastornos de ansiedad. Insiste en que se trata de un puro problema metabólico y propone la presencia o ausencia de pánico como un criterio ordenador que puede resultar útil para clasificar los trastornos de ansiedad (ansiedad endógena vs. ansiedad exógena). Sheehan, para defender su postura apela a todo los argumentos de Klein a excepción de la ansiedad de separación.

Por lo que respecta al tratamiento, como resulta lógico, los defensores del modelo biológico de las crisis de angustia, defienden la conveniencia de adoptar un enfoque farmacológico, aunque esto no excluiría la utilización de algún procedimiento psicológico (ej. tácticas de exposición) especialmente para las “secuelas” del trastorno, esto es, para la evitación agorafóbica. Fundamentalmente, se han utilizado tres tipos de fármacos:

1. *Imipramina* (Quitkin, McGrath, Stewart y Harrison, 1990; Deltito, Argyle y Klerman, 1991; Nutt y Glue, 1991; Møllergaard, Lorentzen, Bech y Ottosson, 1991).

2. *Alprazolam* (Sheehan, Raj y Harnett-Sheehan, 1990; Tobeña, Sanchez, Pose y Masana, 1990; Ballenger, 1990; Tesar, Rosenbaum, Pollack y Otto, 1991; Burrows, 1990; Rosenberg, Bech, Møllergaard y Ottosson, 1991).

3. *Fenelzina* (Quitkin, McGrath, Stewart y Harrison, 1990; Klein y Metz, 1990).

Distintos resultados ponen de manifiesto que estos fármacos pueden resultar útiles (Zitrin, Klein, Woerner, 1978; Zitrin, Klein, Woerner y Ross, 1983; Sheehan, Ballenger y Jacobson, 1980; Mavissakalian 1986; Aronson, 1987), por lo que se insiste en su lugar central en el tratamiento del pánico. No obstante, de nuevo esta opinión no es compartida por todos los autores. Bien al contrario, otros autores defienden la conveniencia de buscar otro tipo de planteamientos (Beck, Emery y Greenberg, 1985; Clark, Salkovskis y Chalkley, 1985; Clark, 1986; Salkovskis, Jones y Clark, 1986; Clark y Salkovskis, 1987; Barlow, 1988 a; Barlow y Cerny, 1988; Beck, 1988) en base a distintas razones.

#### **4. LA CRITICA AL MODELO BIOLOGICISTA DE LAS CRISIS DE ANGUSTIA.**

La **primera** de las razones que habría que considerar hace referencia a una serie de **importantes dudas que empiezan a plantearse acerca del apoyo real que existe para el modelo biológico del pánico**. La excelente revisión de Margraf

y cols., (1986a) pone de manifiesto que:

a) La mayoría de los estudios de tratamiento no apoyan el argumento de la especificidad de las drogas, el alprazolam, una nueva benzodiacepina, parece mostrarse eficaz tanto en el pánico como en la ansiedad anticipatoria.

b) Tampoco se mantiene el argumento acerca de la inducción del pánico, dados los problemas metodológicos que presentan los trabajos de los que deriva dicha argumentación (Margraf, Ehlers y Roth, 1986b) y la existencia de estudios en los que se observa una respuesta bastante similar a la infusión de lactato sódico en pacientes con pánico y en controles normales (Ehlers, Margraf, Roth, Taylor, Maddock, Sheikh, Kopell, McClenahan, Gossard, Blowers, Agras y Kopell, 1986c).

c) Los estudios de familias y de gemelos son escasos, muchos de ellos son antiguos y, por tanto, no contemplan las diferenciaciones actuales en cuanto a clasificación; y, además, las descripciones existentes no son lo suficientemente precisas como para poder identificar retrospectivamente el diagnóstico (con independencia de los problemas asociados a estos estudios retrospectivos). Finalmente, también aparecen contradicciones entre estudios. En suma, los datos no son concluyentes.

d) En cuanto a la espontaneidad de los ataques, Margraf et al. (1986a), critican a Klein y a Sheehan por no especificar suficientemente el concepto de “pánico espontáneo” (además de la escasez de datos en los que se basan para realizar esa afirmación, básicamente, se trataría de impresiones clínicas). Generalmente, esta noción se ha usado de dos modos, por una parte, en el sentido de “impredecible” por parte del paciente y esto sí parece recibir apoyo experimental (Barlow, Vermileya, Blanchard, Vermileya, DiNardo, y Cerny, 1985; Taylor, Sheikh, Agras, Roth, Margraf, Ehlers, Maddock y Gossard, 1986); por otra, esta noción se ha usado también para indicar que el pánico se debe a una disfunción biológica, se produciría una descarga autónoma independientemente de factores psicológicos o situacionales. Este segundo planteamiento no ha sido demostrado por el momento. La cuestión importante a dilucidar, según Margraf et al. (1986a) es si existen desencadenantes externos y/o internos de los ataques de pánico. Si ese es el caso tampoco en este punto habría razones para apoyar el modelo de Klein, y señalan que ya han comenzado a aparecer candidatos para esos estímulos externos: las sensaciones corporales que son interpretadas erróneamente como peligrosas (Beck, Laude y Bohnert, 1974; Hibbert, 1984).

e) Por último, la angustia de separación tampoco queda muy bien parada. Los estudios fundamentales en los que se apoya Klein para realizar sus afirmaciones (Klein, 1964; Gittelman-Klein y Klein, 1984; Klein, Zitrin, Woerner y Ross, 1983) son estudios retrospectivos, sin grupo control, en los que los entrevistadores conocían el diagnóstico de los pacientes. En otros trabajos con un mayor grado de control experimental no se observan las diferencias señaladas por Klein, en cuanto

a ansiedad de separación, entre agorafóbicos y controles normales (Tearnan, Telch y Keefe, 1984).

La **segunda** de las razones para considerar otras alternativas sería que, aunque sí es verdad que algunos fármacos han demostrado ser eficaces en el tratamiento de las crisis de angustia siguen quedando pendientes una serie de problemas importantes:

a) El primero son las altas tasas de recaídas que se producen cuando se retira el fármaco, además de posible dependencia (Michelson y Marchione, 1991; Barlow, 1988a; Wilson, 1987; Rachman y Maser, 1988; Noyes, Garvey, Cook y Suelzer, 1991; DuPont, 1990). En algunos casos, la gravedad del problema excede incluso los niveles del pre-tratamiento (Fyer, Liebowitz y Gorman, 1987).

b) Problemas de intolerancia y/o efectos secundarios (Telch, Tearman y Taylor, 1983; Aronson, 1987; Taylor y Hayward, 1990; Burrows, Norman, Judd y Marriot, 1990).

c) Posibles efectos perjudiciales de algunas drogas en mujeres embarazadas o mujeres lactantes (Sheehan, 1987).

En **tercer** lugar, una serie de trabajos en los que se ha inducido el ataque de pánico por medio de manipulaciones bioquímicas o fisiológicas han demostrado que se producen grandes variaciones en las experiencias emocionales que vivencian los sujetos dependiendo esto de la interpretación que hagan de sus síntomas (Clark, 1979; Clark y Hemsley, 1982; Van der Hout y Griez, 1982; Salkovskis, Clark y Jones, 1986). A este respecto son de destacar dos trabajos. El primero es el trabajo de Clark y Hemsley (1982) en el que se encontraron grandes diferencias individuales en la reacción a la hiperventilación dependiendo esta reacción de la respuesta afectiva de los sujetos. Muchos sujetos encontraron la experiencia desagradable, pero otros la catalogaron como agradable, además, estas variaciones parecían estar parcialmente determinadas por factores cognitivos. El segundo trabajo llevado a cabo por Van der Hout y Griez (1982) se centró ya en analizar la importancia que pudieran desempeñar los factores cognitivos. Por medio de las instrucciones se manipularon las expectativas de los sujetos respecto a las consecuencias que produciría la inhalación de CO<sub>2</sub> (estado de calma vs. estado moderadamente aversivo) y los sujetos respondieron en función de las expectativas creadas. En opinión de Clark (1988), estos trabajos plantean la posibilidad de que los procedimientos para inducir las crisis de angustia no tengan un efecto directo sobre las mismas, sino que solo las provoquen en el caso de que las sensaciones que desencadenan se interpreten de un modo particular, de modo catastrófico. Todos estos resultados estarían indicando el papel central que juega la interpretación que el sujeto hace de sus sensaciones corporales en la crisis de angustia, afirmación que sirvió de base para un nuevo planteamiento de este trastorno, los modelos psicofisiológicos del pánico.

## 5. LOS MODELOS PSICOFISIOLOGICOS DE LAS CRISIS DE ANGUSTIA.

Teniendo en cuenta las dificultades que plantean, tanto a nivel teórico como desde el punto de vista terapéutico, los modelos biológicos de las crisis de angustia, no resulta extraño que en los últimos años se hayan explorado otras posibilidades, tanto desde un punto de vista teórico como aplicado. Entre estas posibilidades destacan los trabajos de autores como Clark, Beck, Salkovskis, Ehlers, Margraf, Barlow, Rapee... quienes insisten en que intentar explicar las crisis de angustia desde planteamientos puramente biológicos puede resultar totalmente insuficiente y, en lugar de ello, subrayan la conveniencia de adoptar una perspectiva psicológica (Botella y Ballester, 1991).

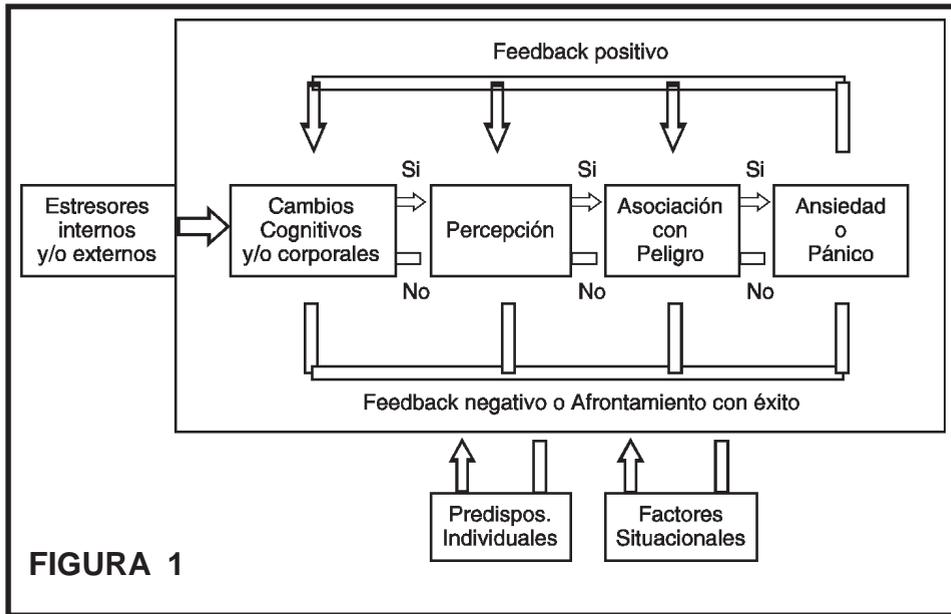
Como señalan Ehlers, Margraf y Roth (1988) y Ehlers y Margraf (1989), distintos autores han planteado una serie de modelos en los que se intenta explicar el ataque de pánico como el resultado de un proceso de **feedback** positivo entre estímulos internos (sensaciones corporales y/o eventos cognitivos) y respuestas de ansiedad. Ehlers, Margraf y Roth (1988), con el propósito de enfatizar la relación que se produce entre respuestas fisiológicas y psicológicas, utilizan el término de “modelos psicofisiológicos”. Sin embargo, otros autores prefieren utilizar el término “cognitivo” (Beck et al., 1985; Clark, 1986) o el término “psicológico” (Barlow, 1986, 1988 a; van der Hout y Griez, 1983; Rapee, 1987). En general, **los modelos psicofisiológicos de las crisis de angustia se caracterizan por** (Ehlers, Margraf y Roth, 1988):

1) A diferencia de los modelos médicos sobre las crisis de angustia (para una revisión ver Margraf y cols, 1986a), generalmente, no se asume que las crisis de angustia son un fenómeno cualitativamente distinto al de otros problemas de ansiedad. Una excepción a esto es Barlow, quien sí defiende una diferencia cualitativa entre crisis de angustia y ansiedad anticipatoria, basándose para ello en la inminencia de la amenaza percibida propia de las crisis de angustia, que no estaría presente en otros tipos de ansiedad.

2) Se considera que las crisis de angustia son resultado de un proceso de **feedback** positivo entre ciertos aspectos internos (tales como sensaciones corporales o eventos cognitivos) que la persona asocia con una amenaza o peligro inmediato, con la consiguiente reacción de ansiedad.

3) Se asume que intervenciones psicológicas que sean capaces de cambiar las respuestas de la persona a los síntomas de ansiedad por habituación o reinterpretación serán efectivas en el tratamiento de las crisis de angustia. En contrapartida, los modelos médicos afirman que resulta necesaria una medicación para tratar el malfuncionamiento biológico que subyace a las crisis.

En la **FIGURA 1** presentamos un esquema del proceso que interviene en las crisis de angustia, según los modelos psicofisiológicos (adaptado de Ehlers, Margraf y Roth, 1988). Como se puede ver, la parte central del esquema muestra un proceso de **feedback** positivo (señalado con flechas) que conduciría a la crisis.



**FIGURA 1**

Según este modelo la crisis de angustia comenzaría cuando el sujeto percibe en sí mismo algún cambio de tipo fisiológico o cognitivo. En el caso de que tal cambio fuera asociado a una amenaza o peligro la persona respondería a la amenaza percibida con ansiedad. Si los síntomas de ansiedad de nuevo son percibidos y asociados a un peligro mayor se produce un incremento en esta respuesta cerrando el bucle de retroalimentación hasta llegar a producirse una crisis de angustia. Según Ehlers, Margraf y Roth (1988) el proceso de **feedback** positivo es un proceso rápido en el que no está del todo claro cuándo deberíamos dejar de hablar de ansiedad para empezar a hablar de crisis de angustia. Las crisis de angustia, según estos autores, no son cuestión de todo o nada, sino de intensidad (Ehlers y cols, 1987). La percepción y valoración que el paciente hace de sus sensaciones corporales y de variables situacionales influyen en el hecho de que el paciente etiquete su ansiedad como pánico.

El problema que tiene un modelo de **feedback** positivo es que es incapaz de explicar por qué termina una crisis de angustia. Por ello, Ehlers, Margraf y Roth (1988) y Ehlers y Margraf (1989), en su modelo, proponen la existencia de un proceso paralelo que contrarrestaría los efectos del **feedback** positivo. En especial dos serían los tipos de procesos relevantes. Por un lado estarían los mecanismos de feedback negativo del paciente que incluirían aspectos tales como la habituación o simplemente el comprobar que tras un período de fuertes palpitaciones, la consecuencia catastrófica temida no ha ocurrido. Por otro lado, estarían las estrategias de afrontamiento del propio paciente. Así, estrategias tales como la respiración lenta

podrían reducir la ansiedad en su nivel fisiológico; determinadas técnicas de distracción serían más útiles a un nivel perceptivo; y, por último, ciertas técnicas cognitivas, como la reatribución de las sensaciones corporales, modularían la asociación que el paciente establece entre las sensaciones y el peligro. Lo contrario también puede ocurrir: el fracaso en el afrontamiento del sujeto puede producir un incremento de la ansiedad. Cuando el paciente se da cuenta de que experimenta palpitaciones, irrealidad... a pesar de sus intentos de controlar esas sensaciones puede comenzar de nuevo el proceso de **feedback** positivo.

## 6. EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO DEL TRASTORNO POR ANGUSTIA

De acuerdo con el énfasis que los distintos autores han puesto sobre determinados aspectos del proceso de feedback positivo entre las sensaciones corporales y la ansiedad, también han surgido diferentes planteamientos o enfoques terapéuticos acerca del pánico que Barlow (1988), siguiendo a Rappee (1987), clasifica del siguiente modo:

a) Una tradición está representada por Lum (1976) y Ley (1985, 1987, 1988). Como señalan Sandín y Chorot (1991) y Avia (1986), una de las principales conclusiones que se evidencia a través de la extensa investigación es la estrecha asociación que existe entre pánico e hiperventilación. El síndrome de hiperventilación produce hipocapnia y el aumento del pH sanguíneo, aspectos que inducen a síntomas somáticos como la disnea, la taquicardia y las palpitaciones, los cuales a su vez a través de un proceso de **feedback positivo** conducen a otros síntomas y finalmente al ataque de pánico. Según Ley (1987), la hiperventilación suele aparecer ante un suceso estresante o tras períodos de ansiedad inusualmente prolongados, aunque habría sujetos con tendencia natural a hiperventilar o incluso con malos hábitos o problemas orgánicos como el hipertiroidismo que favorecerían la hiperventilación. En cualquier caso, para los autores que atribuyen el pánico a los efectos de la hiperventilación crónica, el tratamiento debe estar orientado a ayudar al paciente a identificar cuándo está hiperventilando y entrenarle en un ritmo de respiración lenta incompatible con la hiperventilación que pueda ser aplicado en esos momentos.

b) Una segunda escuela de pensamiento subraya la importancia de las interpretaciones erróneas catastróficas de sensaciones corporales que pueden formar parte o no de la respuesta de ansiedad. Desde esta postura, se defiende que las interpretaciones que el propio paciente realiza ante sus sensaciones corporales y que cabría clasificar como del tipo “voy a tener un infarto”, “voy a desmayarme”, “voy a morir asfixiado”, “voy a enloquecer” y “voy a perder el control”, las que en definitiva provocan la crisis de angustia al generar un incremento en las sensaciones de ansiedad que es considerado por el sujeto como la corroboración de sus sospechas y así sucesivamente. Esta perspectiva es, a la postre, una aplicación del

esquema general de los modelos cognitivos a las crisis de angustia y el tratamiento que se deriva de ella, también tiene su origen en la aproximación de Beck (Beck, Emery y Greenberg, 1985). El objetivo terapéutico para los autores que defienden esta postura es conseguir que el paciente identifique y modifique la atribución errónea que hace de sus sensaciones corporales, generando interpretaciones más cercanas a la realidad. Algunos autores (Clark, Salkovskis y Chalkley, 1985; Salkovskis, Jones y Clark, 1986; Rapee, 1986) combinan las dos posiciones anteriores y utilizan la hiperventilación voluntaria como un modo más de enseñar al paciente a realizar atribuciones adecuadas de las sensaciones somáticas que experimenta y centrando el verdadero objetivo del tratamiento en la modificación de las interpretaciones catastróficas que el paciente con crisis de angustia hace de sus sensaciones corporales.

c) Finalmente, otro grupo de autores entre los que destaca el propio Barlow (Barlow, 1988; Barlow y Cerny, 1988) insisten en que el componente fundamental en cualquier tratamiento del trastorno por angustia debe ser la exposición del sujeto a las sensaciones somáticas que teme y evita, tanto a través de la prueba de hiperventilación, como por otros medios como infusión de lactato, inducción de imágenes, etc. En terapia, Barlow utiliza una combinación de procedimientos con el objetivo de conseguir esa exposición a las sensaciones temidas. Recientemente (Caballo, 1993) este autor ha insistido en que son cuatro los componentes que se deben considerar en el tratamiento del trastorno por angustia:

1) Componente educativo, a través del cual el paciente aprende la fisiología de la ansiedad y la no peligrosidad de esta emoción, ni de las sensaciones corporales que comporta.

2) Terapia cognitiva al estilo de A.T.Beck, con el fin de identificar los pensamientos automáticos del paciente, buscar su evidencia y decatastrofizar las consecuencias temidas.

3) Entrenamiento en respiración diafragmática, para contrarrestar los efectos de la hiperventilación, habilidad que el paciente debe aplicar en cualquier lugar y situación.

4) Exposición sistemática a las sensaciones corporales asociadas a las crisis, a través de experimentos conductuales variados, con tareas para el paciente en las que se refuerce esta exposición hasta que el paciente consiga experimentar esas sensaciones sin ansiedad.

A partir de todos estos planteamientos se han estructurado una serie de programas de tratamiento cognitivo-comportamentales para el trastorno por angustia (Beck y cols, 1985; Clark y cols., 1985; Salkovskis y Clark, 1986, 1989; Salkovskis, Jones y Clark, 1986; Rapee, 1986; Barlow y Cerny, 1988; Beck, 1988; Shear, Ball, Josephson y Gitlin, 1988; Barlow, Craske, Cerny y Klosko, 1989; Sokol, Beck, Greenberg, Wright y Berchick, 1989; Michelson, Marchione, Greenwald, Glanz, Testa y Marchione, 1990; Margraf y Schneider, 1991; Clark,

Salkovskis, Hackman y Gelder, 1991; Clum, Clum y Surls, 1993; Margraf, Barlow, Clark y Telch, 1993, Laberge, Gauthier, Côté, Plamondon y Cormier, 1993; Acierno, Hersen y van Hasselt, 1993) que han demostrado tener una eficacia superior a cualquier otra alternativa de tratamiento (Michelson y Marchione, 1991). A partir de estos estudios, en los últimos años se ha insistido en la necesidad de delimitar qué componente o componentes de los programas cognitivo-comportamentales son necesarios y cuál o cuales resultan superfluos (Barlow, 1988). En este sentido parece que ya existen resultados de gran interés de trabajos pioneros en esta línea. Así, el magnífico trabajo de Margraf, Barlow, Clark y Telch (1993) revisa los resultados del estudio de Albany dirigido por el grupo de Barlow (Barlow y cols, 1989; Barlow y cols, 1991; Craske, Brown y Barlow, 1991), el estudio de Marburgo (Margraf y Schneider, 1991), y el estudio de Oxford (Clark, Salkovskis, Hackman y Gelder, 1991).

En el primero de ellos, los autores (Barlow y cols, 1989) compararon una condición de lista de espera con tres condiciones de tratamiento: 1)Relajación muscular progresiva, 2)Entrenamiento en procedimientos de control del pánico (exposición a estímulos internos y terapia cognitiva), y 3)Una combinación de las dos anteriores. Los resultados mostraron que las tres alternativas de tratamiento fueron más eficaces que la lista de espera y que los dos tratamientos que utilizaban procedimientos de control del pánico fueron más efectivos que la relajación, incluso en los seguimientos. Sin embargo, el tratamiento más eficaz fue el que combinaba exposición con reestructuración cognitiva (81.3% libres de pánico en el postest) comparado con el que combinaba relajación y técnicas de control del pánico (42.9% libres de pánico). A los dos años se mantuvieron las mejorías.

En el estudio de Marburgo (Margraf y Schneider, 1991) se compararon tres condiciones de tratamiento y una condición de lista de espera. Las condiciones de tratamiento fueron: 1) Terapia cognitiva “pura”, 2) Terapia de exposición “pura” y 3) Ambas combinadas. Los resultados también mostraron que todas las condiciones de tratamiento “curaron” del 77 al 93% de los pacientes comparado con el 5% del grupo control, además de conseguir la eliminación de la medicación. Sin embargo, no apreciaron diferencias importantes entre los distintos grupos de tratamiento.

Por último, el grupo de Oxford (Clark y cols, 1991) comparó un grupo control (lista de espera) con tres grupos de tratamiento: 1)Terapia cognitiva, 2)Relajación y exposición graduada a situaciones temidas y 3)Imipramina. Los resultados, de nuevo, mostraron la superioridad de cualquiera de los tratamientos sobre el grupo control. La terapia cognitiva fue la más eficaz (90% de los pacientes, libres de pánico) seguida de la imipramina (55%), y la relajación más exposición (50%) (7% en el grupo control). Al año se mantenían los resultados. Sin embargo, el 40% de pacientes que habían recibido imipramina recaían frente al 5% de la terapia cognitiva.

Resumiendo, de la revisión de Margraf y cols, (1993) parece derivarse que los

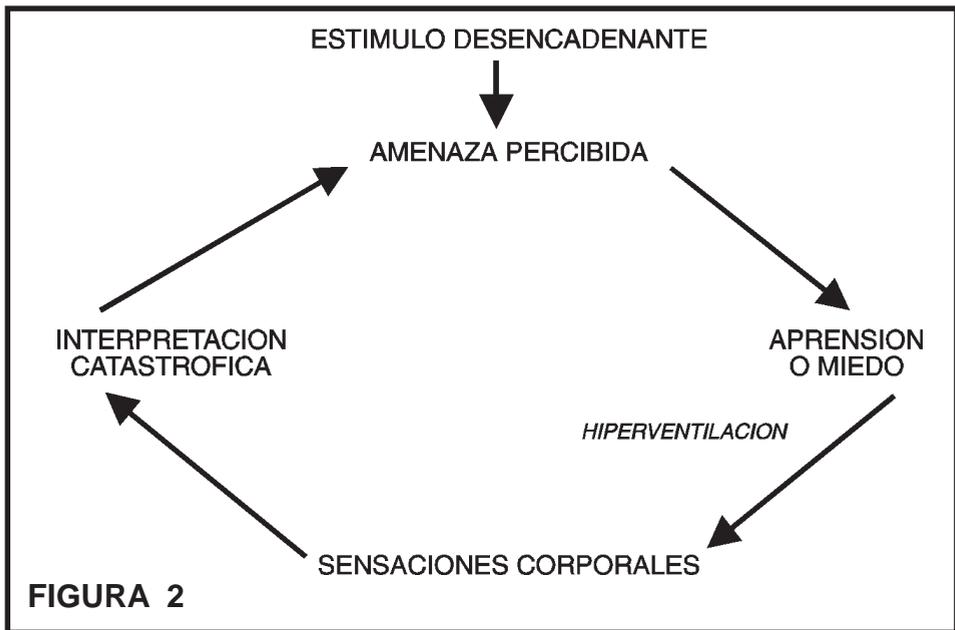
mejores resultados (incluyendo menor tasa de abandonos) se obtienen con la aplicación de los programas completos. Los programas que combinan estrategias cognitivas y comportamentales logran altas tasas de éxito (80%), generalización a otros problemas no tratados, y estabilidad temporal de los logros alcanzados. Sin embargo, cuando se aíslan componentes, la relajación parece ofrecer los resultados más modestos y la exposición no parece ser necesaria en aquellos pacientes cuyo principal problema es el trastorno por angustia, aunque es el componente central cuando la agorafobia está presente.

Sin embargo, hay trabajos recientes (Rijken, Kraaimaat, de Ruiter y Garsen, 1992; Öst, Westling y Hellström, 1993) que ponen de manifiesto que todas las alternativas terapéuticas señaladas resultan útiles. Por otra parte, en un trabajo de Chambless y Gillis (1993), la evidencia sugiere que el cambio cognitivo es el mejor predictor del resultado del tratamiento del pánico, si bien tal cambio puede ser alcanzado a través de estrategias terapéuticas alternativas. En cualquier caso, ésta constituye una línea de investigación en la que cabe seguir trabajando y nosotros mismos lo estamos haciendo en un proyecto de investigación que tiene como objetivo el desmantelamiento de los componentes terapéuticos del programa de Clark y Salkovskis (Botella, Ballester, Carrió y Benedito, 1993).

En cuanto a aspectos específicos de tratamiento, de las distintas alternativas terapéuticas existentes en la actualidad para el trastorno por angustia nosotros hemos prestado una atención especial al modelo de Clark y Salkovskis. En este sentido, hemos trabajado en torno a la adaptación de dicho programa para su aplicación individual (Botella y Ballester, 1991; Ballester y Botella, 1992a) y en grupo (Ballester y Botella, 1992b), la eficacia terapéutica de este tratamiento (Ballester y Botella, en revisión), así como su capacidad para alterar cuestiones que hacen referencia no sólo a variables directamente relacionadas con el pánico, sino también a la conducta de enfermedad de estos sujetos (Ballester y Botella, en preparación). A continuación, presentamos unas directrices generales de este programa.

## **7.- EL PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL DE CLARK Y SALKOVSKIS.**

Como hemos señalado anteriormente la tesis central que aparece a la base del modelo cognitivo de las crisis de angustia es que éstas son el resultado de la interpretación catastrófica que el paciente realiza de sus propias sensaciones corporales. En la **FIGURA 2** aparece representado gráficamente el modelo defendido por Clark y Salkovskis. Según estos autores (Clark, 1988; Clark, Salkovskis, Gelder, Koehler, Martin, Anastasiades, Hackman, Middleton y Jeavons, 1988), un amplio rango de estímulos pueden provocar una crisis. Estos estímulos pueden ser externos (por ejemplo un supermercado para un agorafóbico) o internos (un pensamiento, imagen o sensación corporal). En el caso de que estos estímulos se



perciban como una amenaza, se producirá un estado de aprensión o miedo. Este estado está acompañado por un gran número de sensaciones corporales. Cuando estas sensaciones producidas por la ansiedad se interpretan de un modo catastrófico sobreviene un gran incremento del miedo lo cual, a su vez, produce un aumento de la intensidad de las sensaciones corporales y así, sucesivamente, hasta formar un círculo vicioso que culmina en una crisis de angustia.

Clark apela a dos procesos adicionales para explicar el mantenimiento de las crisis de angustia cuando el individuo ya ha desarrollado cierta tendencia a interpretar catastróficamente las sensaciones corporales. Por un lado, debido al miedo a ciertas sensaciones, el individuo se vuelve **hipervigilante**, centra su atención constantemente en sí mismo, lo que le lleva a ser consciente de sensaciones que para otras personas, sencillamente, no existen (dado que no llegan a ser conscientes de ellas). Una vez percibidas, dichas sensaciones son, además, “evaluadas” como evidencia de una enfermedad mental o física grave. Por nuestra parte, hemos encontrado que esta elevada preocupación somática que se observa en los pacientes con pánico parece estar relacionada con la respuesta ante sensaciones corporales inducidas experimentalmente (Ballester, Botella, Gil y Romero, 1991; Ballester, Botella y Gil, 1991). Por otra parte, el individuo suele empezar a evitar aquellas situaciones o actividades que le llevan a experimentar las situaciones que teme. Esta evitación hace referencia no sólo a los sujetos que presentan agorafobia sino también a aquellos pacientes que sufren crisis de angustia pero no dan muestras de la evitación agorafóbica. En estos últimos se pueden observar sutiles formas de

evitación, por ejemplo, no hacer deporte, no mantener actividad sexual... si creen que tales actividades les pueden producir un ataque. Según Clark, esta evitación tendría como consecuencia que el paciente mantenga un estilo interpretativo negativo acerca de las sensaciones que implican tales actividades o situaciones, al no permitirse a sí mismo verificar la racionalidad o irracionalidad de sus miedos (Botella, 1992).

Por otra parte, el modelo cognitivo de Clark y Salkovskis pretende explicar tanto las crisis de angustia que están precedidos por un claro patrón de ansiedad elevada como aquellas que parecen “llovidos del cielo”. En ambos casos, se asume que el aspecto central es una interpretación errónea de las sensaciones corporales (Clark, 1988; Clark, et al., 1988).

En los casos en los que está presente ese patrón de ansiedad elevada es posible distinguir dos tipos de crisis. Por una parte, el aumento de la ansiedad puede estar relacionado con la anticipación de la crisis (el agorafóbico que teme que se produzca una crisis en un supermercado en el que previamente ya la ha sufrido). En otros casos, el incremento de la ansiedad que precede a la crisis puede estar escasamente relacionado con el inicio de la misma (una persona que comienza a discutir con otra, nota las sensaciones corporales que aparecen, se concentra en ellas y las interpreta erróneamente como signo de una catástrofe inminente). Sin embargo cuando ese aumento de la ansiedad no está presente, el desencadenante del ataque con frecuencia es la percepción de una sensación corporal que está producida por algún estado emocional (alegría, excitación, rabia); o por acontecimientos aparentemente inocuos que pueden dar lugar a la aparición de determinadas sensaciones: cambio rápido de postura corporal (entumecimiento, agujetas), ejercicio físico (falta de aliento, palpitaciones), ingestión de café (palpitaciones...). Cuando el paciente percibe estas sensaciones y las malinterpreta se puede desencadenar una crisis. Sin embargo, generalmente, los pacientes no llegan a ser conscientes de este proceso y, de ahí, que afirmen que la crisis sobrevino de pronto, como “llovida del cielo”. Según Clark, este tipo de explicación también se puede aplicar a los ataques que se producen durante la noche, los estudios sobre el sueño (Oswald, 1966) han mostrado que, aún estando dormidos, somos capaces de controlar el mundo externo para aquellos sonidos que son importantes y especialmente significativos para nosotros (si un paciente está preocupado por su corazón, puede notar cualquier pequeña variación en sus palpitaciones y despertar en medio de una crisis).

A partir del modelo anteriormente descrito, Clark y Salkovskis desarrollaron un programa de tratamiento cognitivo-conductual en el que se incluye tanto un entrenamiento en respiración lenta, como técnicas cognitivas dirigidas a modificar la interpretación catastrófica de sensaciones corporales y la exposición a estímulos internos y externos que desencadenan ansiedad en el paciente. El objetivo central de su tratamiento es, sin embargo, ayudar al paciente a identificar las cogniciones que están en la base de sus crisis de angustia y modificarlas, sustituyéndolas por

interpretaciones más racionales.

## 7.1. DIRECTRICES TERAPEUTICAS GENERALES

El programa cognitivo-comportamental de Clark y Salkovskis comparte una serie de principios terapéuticos comunes a todas las terapias cognitivas que según Bedrosian y Beck (1980) se podrían resumir en los siguientes:

a) Se debe enseñar al paciente a distinguir entre la realidad y la percepción que cada sujeto tiene de esa misma realidad.

b) La percepción de la realidad se ve modificada y está sujeta a diversos procesos cognitivos que son, en sí mismos, fruto de errores y de sesgos.

c) Lo anterior supone conseguir que el paciente asuma y contemple sus creencias como hipótesis con lo cual las convierte en un fenómeno sujeto a verificación.

Más concretamente, tal como reconocen Clark y Salkovskis, las directrices generales y el estilo terapéutico aplicado en su programa cognitivo-comportamental se apoyan en los principios básicos de la terapia cognitiva de Beck:

1. Se asume el modelo cognitivo de los trastornos emocionales según el cual el problema del paciente depende siempre de determinadas estructuras cognitivas que aportan un significado especial a todo aquello que conoce una persona.

2. Se sigue un modelo extremadamente educativo intentando que el paciente aprenda modos alternativos de percibir la realidad convirtiéndose en su propio agente de cambio. Se procura un **feedback** continuo que asegure la comprensión entre paciente y terapeuta. Por ejemplo, es deseable que el terapeuta pida al paciente varias veces a lo largo de la sesión que resuma lo que ha entendido hasta el momento, o que exponga las dudas que tenga respecto al contenido de la sesión. Siempre que es posible, estas dudas son aclaradas en la misma sesión. Si no lo es, se apuntan en la agenda y son tratadas en la próxima sesión. También, el terapeuta debe hacer pequeños resúmenes de lo que ha entendido de las explicaciones dadas por el paciente, siendo éste quien confirma la validez de las conclusiones que el terapeuta extrae.

3. Se trata de terapias breves y de tiempo limitado que en el caso del programa de Clark y Salkovskis oscila entre cinco y veinte sesiones de una hora de duración.

4. La terapia está basada en un esfuerzo colaborador entre paciente y terapeuta que trabajan en equipo en la búsqueda de evidencias a favor y en contra de las creencias del paciente.

5. Se emplea el método socrático a través de un continuo diálogo reflexivo y cuestionador encaminado a lograr que el paciente llegue a conocer (insight) las “causas” de su problema.

6. Una buena relación terapéutica constituye una condición necesaria para el buen resultado de la terapia.

7. La terapia está altamente estructurada (al principio de cada sesión el

terapeuta propone al paciente la agenda con los puntos a tratar) siendo el terapeuta bastante directivo.

8. La terapia cognitiva es siempre una terapia orientada hacia los problemas que ocupan al sujeto.

9. Está basada en el método científico tanto por lo que respecta a la evidencia experimental de las técnicas empleadas como por el propio estilo de la terapia en la que las creencias del paciente son consideradas hipótesis a verificar.

10. Se concede una gran importancia a las tareas para casa.

El **objetivo** del tratamiento cognitivo del trastorno por angustia es triple. Se trata, por un lado, de ayudar al paciente a identificar las interpretaciones catastróficas que hace de sus sensaciones corporales; por otro, el paciente debe generar interpretaciones alternativas (no catastróficas) de las sensaciones corporales; y, por último, paciente y terapeuta deben someter a prueba la validez de las interpretaciones catastróficas y no catastróficas por medio de la discusión cognitiva y de los experimentos conductuales.

## 7.2. DIRECTRICES TERAPEUTICAS ESPECIFICAS

El proceso de terapia se inicia con una **evaluación** detallada de las características de las crisis que experimenta el paciente. En esta evaluación se obtiene información acerca de las sensaciones y cogniciones características de las crisis del paciente, así como los patrones situacionales y comportamentales que rodean las mismas y el curso que ha seguido hasta el momento. En la **TABLA 2** se puede apreciar en detalle la información recabada en el proceso de evaluación.

### **TABLA 2.**

#### **EVALUACION DEL TRASTORNO POR ANGUSTIA**

1. Descripción de la última crisis
  - 1.1. Situación
  - 1.2. Sensaciones corporales
  - 1.3. Cogniciones
  - 1.4. Comportamiento
2. Otras situaciones en que ha tenido crisis
3. Evitación de situaciones o actividades
4. Reacción habitual frente a una crisis
5. Reacción de otras personas
6. Existencia de moduladores de las crisis
7. Comienzo y curso del problema
8. Tratamientos que ha recibido
9. Causa percibida del problema.

A continuación, se inicia una fase del programa que es eminentemente

educativa, en la cual se analizan distintos aspectos relacionados con la ansiedad en general y con las crisis de angustia. En la **TABLA 3** se pueden ver los puntos tratados en esta fase de una forma más detallada.

### **TABLA 3.**

#### **FASE EDUCATIVA DEL PROGRAMA**

- 1.- ¿Qué es la ansiedad?
- 2.- Valor adaptativo de la ansiedad
- 3.- Ausencia de consecuencias perjudiciales de la ansiedad para el organismo.
- 4.- Formas de manifestarse la ansiedad.
- 5.- Importancia central del pensamiento en el desencadenamiento de la ansiedad. (Ejemplo de Beck).
- 6.- Presentación del modelo cognitivo del pánico. Ejemplificación.

Por lo que respecta a las estrategias terapéuticas propiamente dichas, además del componente educativo, el programa cognitivo- comportamental de Clark y Salkovskis incluye básicamente tres elementos:

**A- Técnicas cognitivas** cuyo fin es ayudar al paciente a identificar y modificar las interpretaciones negativas que hace de sus sensaciones corporales. Principalmente, esto se efectúa a través de la realización y discusión de experimentos conductuales, tales como la hiperventilación, lectura de pares asociados, focalización de la atención.... Además, se entrena al sujeto en técnicas de control de pensamiento tales como la distracción. La discusión cognitiva, que constituye la técnica por excelencia del presente programa, está basada en el reto de los pensamientos negativos acerca de las sensaciones corporales consistente fundamentalmente en la búsqueda de evidencia acerca de los pensamientos catastróficos y el análisis de interpretaciones alternativas. Algunos de los pasos que el paciente debe seguir en el reto de sus pensamientos catastróficos aparecen en la **TABLA 4**:

### **TABLA 4.**

#### **RETO DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS**

- 1.- ¿Qué evidencia tengo de que lo que temo vaya a ocurrir?.
- 2.- ¿Qué probabilidad hay de que eso ocurra?
- 3.- ¿Qué evidencia tengo en contra de lo que temo?
- 4.- ¿Existen, por tanto, otras interpretaciones alternativas a lo que me está sucediendo?
- 5.- ¿Qué ocurriría realmente si sucediera lo que temo?
- 6.- ¿Me ayuda pensar en la posibilidad de que lo que temo vaya a suceder, o por el contrario, me pone más ansioso?
- 7.- ¿Cómo pensaría otra persona en esa situación?
- 8.- ¿Estás menospreciando lo que puedes hacer para afrontar el problema?

Al principio el paciente es incapaz de seguir este razonamiento durante una crisis, pero poco a poco, a través de la discusión cognitiva en terapia el paciente va aprendiendo a controlar sus pensamientos.

Una estrategia terapéutica que facilita el desarrollo de las discusiones cognitivas, además de las propias crisis que los pacientes registran en sus diarios, es la realización de **experimentos conductuales**. Los más utilizados en la terapia de Clark y Salkovskis son la prueba de hiperventilación, la lectura de pares asociados en la que se presenta al paciente pares de palabras que designan un síntoma y una consecuencia temida, centrar el foco de la atención, ejercicio físico, técnicas de imaginación, provocación de efectos visuales, ingestión de caféina, intención paradójica y cambios corporales bruscos. De la misma manera que la prueba de hiperventilación abre paso a la necesidad de un entrenamiento en respiración lenta, el experimento sobre la focalización de la atención deja lugar al entrenamiento en **técnicas de distracción** que favorezcan reducir la atención a estímulos amenazantes. En la **TABLA 5** aparecen detallados cinco tipos de técnicas de distracción:

**TABLA 5.**

### **TECNICAS DE DISTRACCION**

- 1.- **Centrarse en un objeto.** Se trata de prestar atención únicamente a un objeto, generalmente a nivel visual, y describir con el mayor detalle posible las características de ese objeto (color, textura, forma, posición tamaño...).
- 2.- **Conciencia sensorial.** Englobaría la anterior técnica. Consiste en prestar atención a todo cuanto nuestros sentidos pueden transmitirnos (vista, oído, olfato, gusto y tacto).
- 3.- **Ejercicios mentales.** Se trata de realizar cualquier actividad mental que pueda absorber la atención del paciente, como por ejemplo contar de 0 a 1000 de 7 en 7, nombrar animales por orden alfabético...
- 4.- **Actividades absorbentes.** Es idéntica a la anterior, pero aquí, el paciente realiza una actividad de tipo más físico, como jugar al tenis, planchar, hacer un crucigrama, jugar al ajedrez...
- 5.- **Recuerdos y fantasías agradables.** El paciente piensa por unos momentos en algo agradable que le haya ocurrido, o que le pudiera ocurrir en un futuro, describiendo todos los aspectos de la situación imaginada.

Todas las técnicas y experimentos conductuales son realizados de modo que el paciente juega un papel muy activo y extrae sus propias conclusiones de lo que acontece en terapia.

**B-** Entrenamiento en **respiración lenta**, como mecanismo de control de la

ansiedad, de acuerdo con el papel importantísimo que, según algunos autores (Lum, 1976), juega la hiperventilación en el pánico. La prueba de hiperventilación que comentábamos en el epígrafe anterior da pie al entrenamiento en respiración lenta. El entrenamiento en respiración lenta está especialmente indicado para aquellos pacientes en los que la hiperventilación juega un papel importante. Para obtener esta información, después de pedirle al paciente que hiperventile durante dos minutos se le pregunta el grado de similitud entre las sensaciones experimentadas y las que suele tener en las crisis. Si el grado de similitud es alto, seguramente el paciente se beneficiará más de esta técnica. El objetivo del entrenamiento en respiración lenta es enseñar a los pacientes a seguir un ritmo de respiración opuesto a la hiperventilación. Este tipo de respiración se caracteriza por ser más lenta y superficial. Se trata en todo momento de contrarrestar el exceso de oxígeno y déficit de dióxido de carbono provocados por la hiperventilación. El procedimiento consiste en pedir al paciente que siga un ritmo lento de respiración (de 8 o 12 respiraciones por minuto según le resulte más cómodo) que aparece grabado en un casete. En una primera sesión el paciente está reclinado, con los ojos cerrados y a poder ser, con una mano sobre el estómago y otra sobre el pecho. Luego se apaga el casete y el paciente debe seguir solo. A lo largo del tratamiento el paciente debe seguir practicando en casa esta respiración como tarea, en posturas y situaciones cada vez más complejas y sin ayuda del casete. En general, la técnica se presenta como una estrategia que puede ayudar a lograr más control sobre la situación de crisis y no como un fin en sí mismo. En este sentido resulta útil combinar unos minutos de hiperventilación con unos minutos de respiración lenta. De este modo el paciente obtiene **feedback** de la utilidad de esta técnica.

**C- Afrontamiento de estímulos desencadenantes internos y externos** frecuentes en las crisis del paciente. En determinado momento a lo largo del tratamiento, concretamente cuando el paciente ya conoce y ha practicado las estrategias de control del pánico, se le suele animar a que empiece a afrontar aquellos estímulos internos (sensaciones, pensamientos...) y externos (situaciones, actividades) que teme y evita por miedo a sufrir una crisis. El fin de animar al sujeto a afrontar los estímulos internos y externos elicítantes del pánico sería doble. Por una parte, si el paciente afronta situaciones que le producen mucha ansiedad, tendrá la oportunidad de poner a prueba las estrategias de control del pánico que ha aprendido, observando si se producen problemas en su aplicación, para así resolverlos con la ayuda del terapeuta. Por otra, los afrontamientos se pueden plantear como experimentos conductuales que sirven al paciente para poner a prueba sus pensamientos catastróficos como si de hipótesis se tratara. El paciente puede comprobar así su tendencia a sobreestimar la probabilidad e intensidad del pánico, y a partir de este material, se puede trabajar cognitivamente en las sesiones.

Por último, el programa de Clark y Salkovskis concede la merecida importancia a la **prevención de recaídas**, abordada al final del tratamiento. Según estos

autores existen cinco fuentes principales de recaídas, a saber, la creencia residual en las interpretaciones catastróficas originales, la preocupación por que el pánico y no las consecuencias temidas vuelva, continuidad de la creencia disfuncional sobre la toxicidad de las sensaciones corporales en general, continuidad de la creencia sobre la vulnerabilidad a las situaciones estresantes e hipervigilancia continua de las sensaciones corporales. En las sesiones de prevención de recaídas se intenta analizar básicamente la permanencia de cualquiera de estas fuentes de recaída. En la **TABLA 6** exponemos los puntos que nosotros seguimos en la adaptación de este programa.

**TABLA 6.**

**PREVENCION DE RECAIDAS**

- 1.- Repaso y valoración de la evolución de la paciente a lo largo de la terapia.
- 2.- Repaso del contenido de las sesiones anteriores
- 3.- Atribución de la mejoría por parte del paciente
- 4.- Refuerzo del terapeuta
- 5.- Valoración de la creencia residual en las interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales
- 6.- Expectativas futuras del paciente respecto al pánico
- 7.- Posibilidad y conveniencia de generaliar el contenido de la terapia a otras sensaciones corporales distintas que pudieran aparecer en futuras crisis.
- 8.- Conveniencia de seguir practicando las técnicas aprendidas a lo largo de la terapia

Finalmente, Clark y Salkovskis (1988) señalan que el rango de aplicación de su programa es amplio, excluyéndose, sin embargo, pacientes en los cuales el pánico está asociado a otro trastorno más grave como psicosis o depresión profunda y en casos con abuso de alcohol y drogas.

Ante estos pacientes se debería empezar por el tratamiento del trastorno más grave, pudiéndose beneficiar después del tratamiento del pánico. En los casos con enfermedades orgánicas concomitantes, tales como trastornos cardiovasculares, respiratorios, y epilepsias, y también en el caso de las mujeres embarazadas, el programa terapéutico puede ser aplicado, si bien, con algunas modificaciones (por ejemplo, en la prueba de hiperventilación) y con una especial vigilancia médica.

En nuestra adaptación de este programa, nosotros estructuramos la terapia de modo que pudiera ser aplicada en 10 sesiones, a razón de una sesión por semana. Además, dedicamos 3 sesiones iniciales y una final a la evaluación del paciente, así como distintos seguimientos. Para una revisión más exhaustiva acerca de la aplicación de este programa paso a paso, así como de los procedimientos terapéuticos es posible consultar los trabajos de Botella y Ballester (1991) y Ballester y Botella (1992a).

## **8.- EL FUTURO DEL TRATAMIENTO PSICOLGICO DEL TRASTORNO POR ANGUSTIA.**

Como hemos comentado con anterioridad, los datos provinientes de numerosos estudios parecen evidenciar que el enfoque cognitivo-comportamental constituye el tratamiento de elección para el trastorno por angustia. El porcentaje de sujetos que se ven libres de pánico al finalizar el tratamiento parece ser bastante superior en estos enfoques que en los tratamientos farmacológicos, además de otras ventajas potenciales como la ausencia de efectos secundarios y la baja tasa de abandonos y recaídas (Margraf, Barlow, Clark y Telch, 1993). Sin embargo, llegados a este punto, no podemos darnos por satisfechos puesto que todavía son muchas las dudas por desvelar en torno al tratamiento de los pacientes con trastorno por angustia. La primera de ellas reside en el desconocimiento de los factores o variables personales y clínicas que hacen que un porcentaje que oscila entre el 10 y el 20% de los pacientes que reciben un tratamiento de este tipo no se vean libres de pánico al finalizar, o lo que es lo mismo, el desconocimiento de cuáles son los factores predictores de un buen pronóstico para la aplicación de estos tratamientos. Por otra parte, aunque ya disponemos de datos en cuanto a la eficacia diferencial de los distintos componentes terapéuticos de los programas cognitivo-comportamentales, los datos no son concluyentes y siguen quedando pendientes importantes cuestiones. Nos referimos por ejemplo a la relevancia o no, por lo que respecta a la eficacia terapéutica, de aplicar los componentes terapéuticos en un determinado orden. Tampoco sabemos si la eficacia al aplicar uno o más componentes está relacionada con la antigüedad del problema, siendo posible que para aquellos casos en que la evolución del trastorno ha sufrido un proceso largo resulte necesaria la aplicación de todos los componentes. Otra cuestión relacionada con esto es la posible relación existente entre el número de componentes terapéuticos aplicado y el mantenimiento del cambio alcanzado con la terapia. Otro aspecto que nos resulta de interés y en el que nuestro equipo está trabajando es el alcance y la suficiencia o no de una terapia cognitiva centrada exclusivamente en la reatribución de las sensaciones corporales relacionadas con el pánico para la consecución de un cambio clínico significativo en el paciente. Por último, una línea de investigación que puede resultar muy prometedora podría centrarse en averiguar qué tipo de componentes terapéuticos podrían ser más eficaces para qué personas, aspecto que se incardina en la problemática personalidad-terapia.

Sin embargo, el ritmo que está siguiendo la investigación alrededor de este trastorno augura una pronta respuesta a las cuestiones que quedan por resolver. Los principales grupos de investigadores están trabajando en la actualidad sobre la eficacia diferencial de los distintos componentes terapéuticos que integran los programas cognitivo-comportamentales, información que permitirá la elaboración y desarrollo de formas abreviadas de tratamiento con un máximo de eficacia.

*En este artículo se pasarevista a las distintas concepciones y formas de tratamiento del trastorno por angustia, desde el modelo biológico y fisiológico al psicológico, especificando claramente los procedimientos a seguir en el marco de un enfoque cognitivo-conductual.*

## Referencias bibliográficas:

- ACIERNO, R.E.; HERSEN, M. & VAN HASSELT, V.B. (1993). Interventions for panic disorder: a critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, vol 13, 561-578.
- ALFONSO, S. (1987). Miedo, pánico y trastorno de ataques de angustia (panic disorder): aspectos conceptuales e históricos. *Psiquis*, vol VIII.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980): Diagnosis and statistical manual of mental disorders. Washington D.C.: A.P.A. En castellano, traducido en editorial. Mason.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1988): Diagnosis and statistical manual of mental disorders. DSM-III Revisado. Washington D.C.: A.P.A. En castellano, traducido en editorial. Mason.
- APPLEBY, T.L., KLEIN, D.F., SACHAR, E.J. & LEVITT, M. (1981): Biochemical indices of lactate-induced panic: a preliminary report. In D.F. Klein & J.G. Rabkin (eds): *Anxiety: New Research and Changing Concepts*, 411-423. New York: Raven Press.
- ARONSON, T.A. (1987). A naturalistic study of imipramine in panic disorder and agoraphobia. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1014-1019.
- AVIA, MD (1986). Hiperventilación, ansiedad persistente y control respiratorio. *Análisis y Modificación de Conducta*, 12, 347-367.
- AYUSO, J.L. (1988). Trastornos de angustia. Barcelona: Martínez Roca.
- BALLENGER, J. (1990). Efficacy of benzodiazepines in panic disorder and agoraphobia. *Journal of Psychiatric Research*. vol 24, 15-25.
- BALLESTER, R. & BOTELLA, C. (1992a). Aplicación del paquete cognitivo-conductual de Clark a un caso con trastorno de pánico. *Psicothema* vol 4, nº2, 69-88.
- BALLESTER R. & BOTELLA, C. (1992b). Aplicación en grupo del programa cognitivo-comportamental de Clark y Salkovskis: una alternativa para el tratamiento del pánico. *Análisis y Modificación de Conducta* vol 18, nº 58, pag 291-321.
- BALLESTER, R., BOTELLA, C., & GIL, MD. (1991). Los efectos diferenciales de la hiperventilación en pacientes con trastorno de pánico y un grupo control. *II Congres Internacional "Latini dies"*. Sitges, del 2 al 4 de Mayo.
- BALLESTER, R., BOTELLA, C., GIL, M.D. & ROMERO, R. (1991) Relación entre la respuesta a la hiperventilación y el grado de hipocondria en pacientes con pánico y un grupo control. *I Simposium Nacional de Psicología Conductual*. Jaen, del 1 al 5 de Abril.
- BALLESTER, R. & BOTELLA, C. (en prensa). Therapeutic effectiveness of cognitive-behavioral treatment of panic. *Behavioral Psychotherapy*.
- BALLESTER, R. & BOTELLA, C. (en preparación). Efecto de un programa cognitivo-comportamental sobre la conducta de enfermedad de pacientes con trastorno por angustia.
- BARLOW, D.H. (1986). A psychological model of panic. In B.F. Shaw, F. Cashman, Z. Segal & T. Yallis (eds). *Anxiety disorder: theory, diagnosis and treatment*. New York: Plenum.
- BARLOW, D.H. (1988a). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guildford Press.
- BARLOW, D.H. (1988b). Future directions. En C.G.Last y M.Hersen (eds). *Handbook of anxiety disorders*. New York: Pergamon.
- BARLOW, D.H. & CERNY, J.A (1988). *Psychological treatment of panic*. New York: Guildford Press.
- BARLOW, D.H., CRASKE, M.G., CERNY, J.A. & KLOSKO, J.S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261-282.

- BARLOW, D.H., VERMILEYA, J., BLANCHARD, E.B., VERMILEYA, B., DINARDO, P. & CERNY, J.A. (1985). The phenomenon of panic. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 320-328.
- BECK, A.T. (1988) Cognitive approaches to panic disorder: theory and therapy. In S. Rachman and J.D. Maser (Comps). *Panic: Psychological Perspectives*. Lawrence Erlbaum Associates. New Jersey.
- BECK, A.T, EMERY, G. & GREENBERG, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. New York, Basic Books.
- BECK, A.T., LANDE, R., & BOHNERT, M. (1974). Ideational components of anxiety neurosis. *Archs.Gen.Psychiat*, 31, 319-325.
- BOTELLA, C. (1992). Las crisis de angustia. Proyecto de Investigación. Universidad de Murcia.
- BOTELLA, C., & BALLESTER, R. (1991). Tratamiento psicológico del trastorno de pánico: adaptación del programa cognitivo-conductual de Clark. *Análisis y Modificación de Conducta*, vol 17, 56, 871-894.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and loss: Vol I, Attachment*. New York: Basic Books.
- BOWLBY, J. (1973). *Attachment and loss: Vol II, Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- BOYD, J.H. (1991). Westphal's agoraphobia. *Journal of Anxiety disorders*, 5, 77-86.
- BURROWS, G. (1990). Managing long-term therapy for panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry.*, vol 51 (11).
- BURROWS, G., NORMAN, T., JUDD, F. & MARRIOTT, P. (1990). Short-acting versus long-acting benzodiazepines: discontinuation effects in panic disorders. *Journal of Psychiatric Research*, vol 24, 65-72.
- CABALLO, V. (1993). Avances en los trastornos por ansiedad: una entrevista con D.H. Barlow. *Psicología Conductual*, vol1, n°2, 291-300.
- CHAMBLESS, D.L. & GILLIS, M.M. (1993). Cognitive Therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. vol 61, n°2, pag 248-260
- CHARNEY, D., HEMINGER, G. & BREIER, A. (1984). Noradrenergic function in panic anxiety: effects of Yohimbine in healthy subjects and patients with agoraphobia and panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 41, 751-763.
- CHARNEY, D., HEMINGER, G. & JATLOW, O. (1985). Increased anxiogenic effects of caffeine in panic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 42, 233-243.
- CLARK, D.M. (1979); Therapeutic aspects of increasing pCO<sub>2</sub> by behavioral means. Unpublished, M.Phil.Thesis. University London.
- CLARK, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behavioral Research and Therapy*, 24, 461-470
- CLARK, D.M. (1988). A cognitive model of panic attacks. En S. Rachman y J.D. Maser (Comps.). *Panic: Psychological perspectives*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- CLARK, D.M. & HEMSLEY, DR. (1982). The effects of hyperventilation: individual variability and its relation to personality. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. Vol. 25, 5, pp. 411-423.
- CLARK, DM & SALKOVSKIS, PM. (1987). *Cognitive treatment for panic attacks: Therapist's manual*. Manuscrito no publicado.
- CLARK, DM., SALKOVSKIS, PM., CHALKLEY, A.J. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of behaviour therapy and experimental psychiatry*, 16, 23-30.
- CLARK, D.M.; SALKOVSKIS, P.M.; HACKMAN, A. & GELDER, M. (1991). *Long-term outcome of cognitive therapy for panic disorder*. Paper presented at the 25th annual meeting of the association for the advancement of behaviour therapy. New York. November.
- CLARK, D.M., SALKOVSKIS, P., GELDER, M., KOEHLER, C., MARTIN, M., ANASTASIADES, P., HACKMAN, A., MIDDLETON, H. & JEAUVONS, A. (1988): Tests of a cognitive theory of panic. En I. Hand & H.V.Wittchen (eds). *Panic and Phobias, II*. Berlin: Springer-Verlag.
- CLUM, G.A.; CLUM, G.A. & SURLS, R. (1993). A meta-analysis of treatments for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol 61, n°2, pag 317-326.
- CRASKE, M.G., BROWN, T.A. & BARLOW, D.H. (1991). Behavioral treatment of panic disorder: a two year follow-up. *Behaviour Therapy*, 22, 289-304.
- DELTITO, J., ARGYLE, N., & KLIERMAN, G. (1991). Patients with panic disorder unaccompanied by depression improve with alprazolam and imipramine treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, vol 52(3), 121-127.
- DUPONT, R. (1990). Thinking about stopping treatment for panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, vol 51, 38-45.
- ECHEBURUA, E. (1992). Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid: Pirámide.

- EHLERS, A. & MARGRAF, J. (1989). The psychophysiological model of panic attacks. In P. Emmelkamp, W. Everaerd, F. Kraaimaat y M. van Soen (eds): *Fresh Perspectives on anxiety disorders*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- EHLERS, A., MARGRAF, J. & ROTH, W.T. (1988). Interaction of expectancy and stressors in a laboratory model of panic. In C. Hellhammer, J. Florin & H. Weiner (eds). *Neurobiological approaches to human disease*, 379-384. Toronto: Huber.
- EHLERS, A., MARGRAF, J., ROTH, W., TAYLOR C.B., MADDOCK, R., SHEIKH, J., KOPELL, M., McCLENAHAN, K., GOSSARD, D., BLOWERS, G., AGRAS, W. & KOPELL, B. (1986c). Lactate infusions and panic attacks: do patients and controls respond differently?. *Psychiatry Research*, 17, 295-308.
- FREUD, S. (1895). *Estudios sobre histeria*. Obras Completas. Ed. Orbis (1988).
- FYER, A.T., LIEBOWITZ, M. & GORMAN, J. (1987). Discontinuation of alprazolam treatment in panic attacks. *American Journal of Psychiatry*, 144, 303-308.
- GITTELMAN-KLEIN, R. & KLEIN, D.F. (1984). Relationship between separation anxiety and panic and agoraphobic disorders. *Psychopathology (suppl)*, 17, 56-65.
- HIBBERT, G.A. (1984). Ideational components of anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 144, 618-624.
- KLEIN, D.F. (1964). Delineation of two-drug responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia*, 5, 397-408.
- KLEIN, D.F. (1980). Anxiety reconceptualized. *Comprehensive Psychiatry*, 21, 411-427.
- KLEIN, D.F. (1981). Anxiety Reconceptualized. In D.F. Klein & J. Rabkin: *Anxiety: New Research and Changing Concepts*. New York: Raven Press.
- KLEIN, D.F., & FINK, M. (1962). Psychiatric reaction patterns to imipramine. *American Journal of Psychiatry. Monogr.*, 2, 14-17.
- KLEIN, D.F., ZITRIN, C.M., WOERNER, H., & ROSS, D. (1983). Treatment of phobias II. Behavior therapy and supportive psychotherapy: are there any specific ingredients?. *Archs. Gen. Psychiat.*, 40, 139-45.
- KLEIN, E. & METZ, L. (1990). Differential drug response of panic and agoraphobic avoidance in a case of panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica. vol 82(1)*, 86-87.
- KLERMAN, G.L. (1988). Sources of current controversies in treatment of panic and phobia. En I. Hand and H.W. Witschen (eds): *Panic and phobias 2. Treatment and variables affecting course and outcome*.
- LABERGE, B.; GAUTHIER, J.G.; COTE, G.; PLAMONDON, J. & CORMIER, H.J. (1993). Cognitive-behavioral therapy of panic disorder with secondary major depression: a preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. vol 61, n°6*, pag 1028-1037.
- LEY, R. (1985). Agoraphobia, the panic attack and the hyperventilation syndrome. *Behavioral research therapy*, 23, 79-81.
- LEY, R. (1987). Panic disorder: a hyperventilation interpretation. In L. Michelson & M. Ascher (eds): *Cognitive-behavioral assessments and treatment of anxiety disorders*. New York: Guilford.
- LEY, R. (1988). Hyperventilation and lactate infusion in the production of panic attacks. *Clinical Psychology Review*, 8, 1-18.
- LUM, L.C. (1976): The syndrome of habitual chronic hyperventilation. En O.W. Hill (ed): *Modern trends in psychosomatic medicine* (vol 3). London. Butterworths.
- MALLOL, J. (1987). Bioquímica de las crisis de angustia. *Revista de Psiquiatría. vol XIV*, pp. 36-41. Facultad de Medicina. Barcelona.
- MARGRAF, J.; BARLOW, D.H.; CLARK, D.M. & TELCH, M.J. (1993). Psychological treatment of panic: work in progress on outcome, active ingredients and follow-up. *Behavioral Research and Therapy*, 31, 1, 1-8.
- MARGRAF, J., EHLERS, A. & ROTH, W. (1986a). Biological models of panic disorder and agoraphobia: a review. *Behavioral Research and Therapy*, 24, 553-567.
- MARGRAF, J., EHLERS, A. & ROTH, W. (1986b). Sodium lactate infusions and panic attacks: a review and critique. *Psychosomatic Medicine*, 48, 23-51.
- MARGRAF, J. & SCHNEIDER, S. (1991). *Outcome and active ingredients of cognitive-behavioral treatments for panic disorder*. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.
- MAVISSAKALIAN, M. (1986). Imipramine in Agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 401-406.
- MELLERGARD, M., LORENTZEN, K., BECH, P. & OTTOSSON, J. (1991). A trend analysis of changes during treatment of panic disorder with alprazolam and imipramine. *Acta Psychiatrica Scandinavica, vol 83*, pp 28-32.
- MENDEL, J.G. & KLEIN, D.F. (1969). Anxiety attacks with subsequent agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 10, 190-195.

- MICHELSON, L.K. & MARCHIONE, K. (1991). Behavioral, cognitive and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: critique and synthesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 59, 1, pp. 100-114.
- MICHELSON, L., MARCHIONE, K., GREENWALD, M., GLANZ, L., TESTA, S., & MARCHIONE, N. (1990). Panic disorder: cognitive-behavioral treatment. *Behavioral Research and Therapy*. Vol. 28, 2, pp 141-151.
- NOYES, R., GARVEY, M., COOK, B. & SUELZER, M. (1991). Controlled discontinuation of benzodiazepine treatment for patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*. vol 148(4), 517-523.
- NUTT, D. & GLUE, P. (1991). Irritability in panic disorder: Effects of Imipramine treatment. *Human Psychopharmacology Clinical & Experimental*, vol 6(1), pp 49-52.
- OMS (1992). CIE-10. Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y Comportamentales: Criterios Diagnósticos para la Investigación. Madrid: Editorial Meditor. OST, L.G.; WESTLING, B.E. & HELLSTROM, K. (1991). Applied relaxation exposure in vivo, and cognitive methods in the treatment of agoraphobia. Manuscript submitted for publication.
- OSWALD, I. (1966). *Sleep*. Harmondsworth: Penguin Books.
- PITTS, F.N. Y McCLURE, J.N. (1967). Lactate metabolism in anxiety neurosis. *New England Journal of Medicine*, 277, 1329-1336.
- QUITKIN, F., McGRATH, P., STEWART, J. & HARRISON, W. (1990). Atypical depression, panic attacks, and response to imipramine and phenelzine: a replication. *Archives of General Psychiatry*, vol 47(10), 935-941.
- RACHMAN, S. & MASER, J. (1988). Panic: Psychological contributions. In S. Rachman and J.D. Maser (Comps). *Panic: Psychological Perspectives*. Lawrence Erlbaum Associates. New Jersey.
- RAPEE, R. (1986). The alleviation of panic attacks in the case of panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 63-65.
- RAPEE, R. (1987). The psychological treatment of panic attacks: theoretical conceptualization and review of evidence. *Clinical Psychology Review*, 7, 427-438.
- RAYNEY, J., POHL, R., WILLIAMS, H., KRITTER, E., FREEDMAN, R. & ETTEGUI, E. (1984). A comparison of lactate and isoproterenol anxiety states. *Psychopathology*, 17 (suppl. I), 74-82.
- RIJKEN, H.; KRAAIMAAT, F.; DE RUITER, C. & GARSSSEN, B. (1992). A follow-up study on short-term treatment of agoraphobia. *Behavioral Research and Therapy*, 30, nº1, 63-66.
- ROSENBERG, R., BECH, P., MELLERGARD, M. & OTTOSSON, J. (1991). Alprazolam, imipramine and placebo treatment of panic disorder: predicting therapeutic response. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol 83, 46-52.
- SALKOVSKIS, P.M. Y CLARK, D.M. (1986). Cognitive and physiological processes and treatment of panic attacks. En I.Hand y H. Wittchen (eds). *Panic and phobias*. Springer Verlag.
- SALKOVSKIS, P.M., JONES, D.R. & CLARK, D.M. (1986): Respiratory control in the treatment of panic attacks: replication and extension with concurrent measurement of behavior and pCO<sub>2</sub>. *British Journal of Psychiatry*, 148, 526-532.
- SANDIN, B. Y CHOROT, P. (1991): Trastornos de pánico: consideraciones sobre su naturaleza, etiología y tratamiento. En G.Buela-Casal y V.E. Caballo (eds). *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid: Sº XXI.
- SARGANT, W. (1962). The treatment of anxiety and atypical depression by the monoamine oxidase inhibitor drugs. *Neuropsychiatry*, 5, 96-103.
- SHEAR, M., BALL, G., JOSEPHSON, ST. & GITLIN, B. (1988). Cognitive-Behavioral Treatment of Panic. In I.Hand & H.U. Wittchen: *Panic and Phobias*2. Springer-Verlag. 1988.
- SHEEHAN, D.V. (1982). Panic Attacks and phobias. *New England Journal of Medicine*, 307, 156-158.
- SHEEHAN, D.V. (1984). Strategies for diagnosis and treatment of anxiety disorders. In R. Pasnan (ed): *Diagnosis and treatment of anxiety disorders*. American Psychiatric Press. Washington.
- SHEEHAN, D.V. (1987). Benzodiazepines in panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 13, 169-181.
- SHEEHAN, D.V., BALLENGER, J.C. & JACOBSON, C. (1980). Treatment of endogenous anxiety with phobic hysterical and hypochondriacal symptoms. *Archives of general psychiatry*, 37, 51-59.
- SHEEHAN, D., RAJ, A., HARNETT-SHEEHAN, K., & SOTO, S. (1990). Adinazolam sustained release formulation in the treatment of panic disorder: a pilot study. *Irish Journal of Psychological Medicine*. vol 7(2), 124-128.
- SHEEHAN, D.V. & SHEEHAN, K.H. (1982a). The classification of anxiety and hysterical states. Part I: Historical review and empirical delineation. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2, 235-244.

- SHEEHAN, D.V. & SHEEHAN, K.H. (1982b). The classification of anxiety and hysterical states. Part II: Toward a more heuristic classification. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2, 386-393.
- SOKOL-KESSLER, L., BECK, A., GREENBERG, R., BERCHICK, R., & WRIGHT, F. (1989). Cognitive Therapy of panic disorder: a non pharmacological alternative. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 711-716.
- TAYLOR, C. & HAYWARD, C. (1990). Cardiovascular considerations in selection of antipanic pharmacotherapy. *Journal of Psychiatric Research*, vol 24, 43-49.
- TAYLOR, C., SHEIKH, J., AGRAS, W., ROTH, W., MARGRAF, J., EHLERS, A., MADDOCK, R.J. & GOSSARD, D. (1986). Ambulatory heart rates in panic attack patients. *American Journal of Psychiatry*. In press.
- TEARMAN, B.H., TELCH, H. & KEEFFE, P. (1984). Etiology and onset of agoraphobia: a critical review. *Comprehensive Psychiatry*, 25, 51-62.
- TELCH, M., TEARMAN, B. & TAYLOR, C. (1983): Antidepressant medication in the treatment of agoraphobia. A critical review. *Behavioral Research and Therapy*. 21, 505-517.
- TESAR, G., ROSENBAUM, J., POLLACK, M. & OTTO, M. (1991). Double-blind, placebo-controlled comparison of clonazepam and alprazolam for panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. vol 52(2), 69-76.
- TOBEÑA, A., SANCHEZ, R., POSE, R. & MASANA, J. (1990). Brief treatment with alprazolam and behavioral guidance in panic disorder. *Anxiety Research*. vol 3(3), 163-174.
- VAN DEN HOUT, M.A. & GRIEZ, E. (1982). Cognitive factors in carbon dioxide therapy. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, pp. 209-214.
- VAN DEN HOUT, M.A. & GRIEZ, E. (1983). Some remarks on the nosology of anxiety states and panic disorders. *Acta Psychiatrica Belga*, 83, 33-42.
- WILSON, G.T. (1987). Fear reductions methods and the treatment of anxiety disorders. En G.T. Wilson, C.M. Franks, P.C. Kendall y J.P. Foreyt (eds). *Review of behavior therapy. Theory and practice*. Vol II. New York: Guilford Press.
- ZITRIN, C.M., KLEIN, D.F. & WOERNER, M.G. (1978). Behavior Therapy, supportive psychotherapy, imipramine and phobias. *Archives of general psychiatry*, 37, 63-72.
- ZITRIN, CM., KLEIN, DF., WOERNER, MG. & ROSS, DC. (1983): Treatment of phobias. Comparison of imipramine hydrochloride and placebo. *Archives of general psychiatry*, 40, 125-133.

# “LA MUJER DE LA MULETA”.

## LA CONSTRUCCION Y RECONSTRUCCIÓN DE UNA CRISIS AGORAFOBICA

Dr. Ignacio Preciado

Médico. Psicoterapeuta de Integral Centre Mèdic.

---

Las agorafobia es uno de los trastornos psicológicos más frecuentes en la práctica clínica. En su acepción clásica consiste en un miedo a cruzar espacios abiertos. De ahí el nombre de agora-fobia, o fobia a las plazas públicas, con que lo bautizó Westphal en 1871. En la actualidad el término se ha generalizado y engloba todas aquellas situaciones en que existe un miedo a alejarse de un lugar seguro. Fuera de su “campamento base” el agorafóbico se siente inseguro, por lo que evita, en lo que puede, estas situaciones. Muchos no se alejan de casa sin acompañante, pues tienen miedo a perder el control y que nadie pueda atenderles. En los casos más graves, la persona se recluye en su casa y se niega a salir, por lo que el trastorno puede llegar a ser muy invalidante.

La agorafobia se da generalmente en dos tipos de personas: 1) personas que ya tenían con anterioridad miedo a explorar su entorno porque, en la infancia, sus cuidadores impedían directa o indirectamente esta exploración y 2) personas que han sufrido una crisis, generalmente de ansiedad, y han cogido miedo al mundo exterior. En ambos casos, el mundo se ha convertido en un lugar peligroso para vivir, y la persona se refugia en un lugar seguro. En el caso de “la mujer de la muleta”, la crisis es paradójicamente debida al cambio provocado por una mejoría física, que genera problemas que, inconscientemente, la persona considera difíciles de superar.

La psiquiatría farmacológica ofrece ansiolíticos y/o antidepresivos, que disminuyen la sintomatología orgánica y, en ocasiones, hacen remitir la crisis. Sin embargo, son muy raras las veces que estos pacientes llegan a comprender lo que les ha pasado. Muchos de ellos recurren a la psicoterapia tras sucesivas crisis, y expresan su perplejidad ante la situación. La agorafobia está considerada por la psiquiatría como la fobia que más resistencia ofrece al tratamiento.

## LA CONSTRUCCION DE LA AGORAFOBIA

Para comprender la agorafobia hay que tener en cuenta las urdimbres afectivas que se establecen en la relación de vinculación infantil con los progenitores o cuidadores. Entre las teorías que han rastreado los orígenes infantiles de la agorafobia destacan las de Bowlby (1985, 1986, 1989, 1993). Este investigador nos describe una forma de vinculación ansiosa en la que el niño se siente “excesivamente amado” (por ejemplo, por una madre que no soporta que sus hijos se alejen de ella), y aprende a sentirse protegido únicamente cuando está en estrecho contacto físico con este progenitor. Alejado de ésta persona, el niño va aprendiendo a considerar peligrosa cualquier emoción (Goldstein y Chambless, 1978, Guidano y Liotti, 1983) y llega a la conclusión de que es mejor evitar aventuras. Esta es la solución más fácil y adaptativa para un niño que tiene que depender de sus cuidadores. Pero el problema está servido: el niño se ha adaptado a un medio restringido por la visión de los padres, y en el que cualquier estado de excitación con que el niño regrese tras alguna pequeña correría o percance va a ser interpretado como signo de debilidad, enfermedad o peligro. El niño aprenderá así a evitar las emociones que pueden surgir en su relación con el mundo exterior y se quedará “pegadito” a la familia.

Existe un eje muy básico que estructura la maduración infantil, que ha sido descrito como dependencia-autonomía, o fusión-identidad, y al que prefiero denominar de vinculación-exploración. Este es el eje básico en la evolución de los mamíferos. Nacemos y, con el tiempo, nos vamos vinculando a la(s) persona(s) que nos cuida(n). A partir del logro de una vinculación aceptable comenzamos a explorar nuestro entorno, sin quitar al principio un ojo de mamá o papá. Se produce en los niños de corta edad una situación muy curiosa que merece nuestra atención: cuando papá o mamá se encuentran con una persona que el niño no conoce, éste comienza una “danza” entre la aproximación al extraño y el refugio en el padre o madre, que puede tener diferentes finales según el comportamiento del extraño, del niño y del progenitor. Un final puede mostrar al niño berreando mientras se aferra a la pierna del progenitor, o estira de ella. En otro el niño se va temporalmente con el extraño y “pasa” de un padre que observa la escena con estupefacción más o menos disimulada. El final más frecuente, sobre todo si hay entendimiento entre el progenitor y el extraño, es que el niño acabe por tocar al extraño u ofrecerle un juguete. Este juguete, el objeto intermediario o transicional de Winnicott, puede ser el inicio de una nueva relación en la vida del niño, y el ánimo para futuras exploraciones. La exploración irá convirtiendo lo nuevo en conocido, y amplía nuestro mapa del mundo. Las variaciones de la danza de aproximación-evitación ante el extraño son múltiples, y se repiten como una fuga musical. El niño parece atado al progenitor mediante un elástico invisible, cada vez más largo y laxo. En los futuros agorafóbicos este cable es corto y parece de acero.

Una de las alternativas de la evolución del agorafóbico es que pueda “cortar

el cable” y salir “rebotado”, generalmente en la adolescencia, hacia una conducta exploratoria que siempre se le ha negado, como sucedió en el caso que presento. Si tiene éxito se puede construir como persona autónoma, que se agobia en situaciones cerradas de las que es difícil escapar (trastorno que fue denominado claustrofobia), porque recuerda los agobios infantiles ante la limitación de su campo de acción. A este tipo de evolución de las vinculaciones ansiosas le voy a llamar **tipo explorador**. Pero muchas veces el cable, o más bien maraña vinculatoria, es duro de roer, y el progenitor buscará, muchas veces inconscientemente, todos los medios para retener al niño o adolescente en sus intentos de exploración (“Ves, ya te lo decía yo, que no te puedes fiar de nadie”). Si el niño sucumbe y se adapta, se convertirá en lo que denominaré **tipo constreñido**.

Ambos tipos de evolución son muy distintos. En su versión más extrema, el primer tipo provee al mundo de grandes exploradores (como el personaje encarnado por Robert Redford en “Memorias de África”), personas inquietas que no paran ir de un sitio a otro. El segundo tipo genera ciudadanos muy responsables, cuya vida va del trabajo a casa y de casa al trabajo. Bajo su aparente diferencia de comportamiento tienen muchos puntos en común y, si vienen malos tiempos, acaban padeciendo similares síntomas: los de la agorafobia.

En ambos tipos está activo un mecanismo de evitación. El explorador evitará vincularse, el constreñido desdeñará explorar. Pero curiosamente, ambos admiran en secreto las posibilidades del otro polo. Su admiración por los recursos del polo evitado es tan secreta que a veces no es consciente. El punto común consiste en que ambos tipos consideran los polos vinculación-exploración como mutuamente excluyentes (Sassaroli y Lorenzini, 1990), como resultado de una elección que llegó a considerarse incompatible. El explorador ha llegado a la conclusión de que es más seguro explorar porque le da terror vincularse y puede, en casos extremos, llegar a considerar diabólica la palabra pareja, incluso aunque el(la) candidato(a) sea otro(a) explorador(a). Y viceversa, el tipo constreñido ha decidido vincularse aunque no pueda explorar (“no necesito salir de casa, me basta con la televisión”). En la entrevista inicial comprobamos muchas veces que sus programas favoritos son los de aventuras.

En ambos casos, la persona evita dirigirse activamente hacia el polo desechado, al que considera peligroso. Y la crisis se presenta cuando un acontecimiento vital, muchas veces insidioso, pone en evidencia la incompletitud de su elección. La construcción de sí mismo queda invalidada, y la persona pasa de sentirse fuerte a considerarse débil y enferma. Se ha quedado sin alternativas, como si de repente se encontrara en la zona evitada, desarmado en terreno enemigo y sin mapa para orientarse. Si la invalidación del polo elegido es importante puede desencadenarse una crisis de angustia, y la persona cree que se va a volver loca o que se va a morir. Esta situación remite cuando la persona, habiendo gastado toda su provisión de ansiedad, se encuentra derrotada pero viva.

### **CONSTRUCCION PRE-CRISIS**

Tipo constreñido: "Soy fuerte sólo si estoy vinculado"

Tipo explorador: "Soy fuerte sólo si soy autónomo"

### **CONSTRUCCION EN CRISIS**

Tipo constreñido: "Soy débil y no sé por qué. Además, me cuesta salir de casa sin compañía"

Tipo explorador: "Soy débil y no sé por qué. Además siento peligrar mi independencia"

### **RECONSTRUCCION TERAPEUTICA**

Ambos tipos: "Soy más o menos fuerte. Exploro y me vínculo, con algunas limitaciones, pero no evito por sistema los conflictos de relación"

El caso que presento es del tipo explorador, aunque no llega a un gran nivel de invalidación ni constricción, ni tampoco es una versión extrema de agorafobia, pues la mujer que la padece acude a pedir ayuda aunque, eso sí, se hace acompañar por su novio. Como todos los casos, es atípico y personal. Como a la clienta le gusta escribir, le pedí al acabar la terapia que leyera la transcripción de su caso y que hiciera las correcciones que creyese oportunas. Las hizo y además añadió algunos comentarios que en el texto aparecen entrecomillados y en cursiva.

### **LA CRISIS DE "LA MUJER DE LA MULETA"**

La clienta es una mujer de 39 años que entra en la sala de terapia con ayuda de una muleta. Comienza su narración expresando su extrañeza por lo que le está pasando. Tiene miedo a atravesar las calles "aunque no pasen coches en ese momento" y de cruzar espacios abiertos, si no se apoya en su muleta o en su novio. Sabe lo que es la agorafobia y le sorprende padecerla cuando "siempre había sido más bien claustrofóbica". Antes de esta crisis le molestaban los lugares muy cerrados, aunque su miedo no le impedía usar ascensores, ni transportes públicos. Explica que le gustaba ir a Inglaterra y sentía gusto por las praderas y lugares amplios, por lo que le extraña su situación actual.

*"Nunca consideré mi nivel de claustrofobia como una anomalía. Me parece lógico que me resultara desagradable estar encerrada: nada puede crecer ni desarrollarse si no tiene espacio para ello. Sólo es limitativo cuando uno tiene que subir 15 pisos porque no puede entrar en un ascensor, o cuando renuncia a una relación que podría ser muy gratificante (y que se desea y necesita) por miedo a*

*los muros que creemos que esta relación levanta frente a nosotros. Como persona levemente claustrofóbica siempre vi las paredes físicas que estaban demasiado cercanas, pero nunca me di cuenta de los otros 'muros'. Creo que un claustrofóbico sabe que no puede meterse en un armario, pero nunca es consciente de que su fobia le empuja a romper relaciones de todo tipo."*

Me explica que ha padecido una coxoartrosis que le iba incapacitando cada vez más, por lo que recientemente fue operada de cadera y le implantaron una prótesis. Fue demorando la intervención quirúrgica durante tres años, hasta que la creciente incapacidad le inclinó finalmente a tomar la decisión. El síntoma aparece al irse recuperando de la operación.

Va con la muleta a todas partes, aunque sabe que ya no la necesita. Dice que le da seguridad, porque en los momentos de "crisis" le tiemblan las piernas, y sufre a modo de mareos o vértigos (en las crisis de agorafobia es clásico el vértigo sin nistagmus). La primera vez que le ocurrió, al salir a la terraza de su casa tras la operación, sintió una gran sequedad de boca, y mucha sudoración. Luego, al salir a la calle se dio cuenta que tenía miedo a cruzar calles anchas, porque es "como si todo se hiciera enorme, cada vez más grande". Ante esta incapacidad, viaja en taxi y se culpabiliza por ello.

*"Nunca pude entender la agorafobia: ¿cómo puede ser un problema tener todo el espacio del mundo alrededor?. Pero entonces sí lo entendí. El suelo pierde toda su solidez, se mueve y no te va a sostener. Los edificios, aunque no estén cercanos, tampoco mantienen la vertical, y parece que te van a aplastar, es necesario apoyarte en algún lugar firme y no hay ninguno al alcance de la mano, careces por completo de apoyo, estás solo y a tu alrededor todo se tambalea. Los síntomas que aparecen entonces son idénticos a los de la claustrofobia: te asfixias por falta de aire y espacio, pero con la diferencia de que en este caso sabes que sí hay aire y espacio a tu alrededor, lo cual te angustia porque te resulta del todo incomprendible."*

## **EL CONTEXTO**

Cuando una persona acude a terapia, generalmente comienza por describirnos sus síntomas, lo que considera anormal. Es como si nos presentara un texto al que, para llegar a hipótesis y conclusiones, habrá que ir añadiendo un contexto; es decir las características particulares de la persona, y su evolución histórica. Presento el contexto de esta mujer, tal como fue apareciendo en terapia.

La clienta trabaja en una empresa por "solucionar la economía" pues, aunque es respetada tanto como persona como por su invalidez, el trabajo no le gusta. Lo que sí que le gusta es escribir, y es autora de un libro que ha editado ella misma.

También le gusta la decoración y el dibujo.

Se marchó de casa a los 25 años y estuvo viviendo sola hasta que conoció a su novio, con el que se encuentra bien. Sus únicos miedos son a la diferencia de edad (ella es doce años mayor que él) y a que el novio se canse de acompañarla en su situación actual y la abandone. En una sesión posterior explica que temía que el terapeuta interpretara negativamente esta diferencia de edad. Un detalle curioso es que al conocerlo y saber su país de origen, le dijo “A mí los... (nacionalidad de él)... me caen fatal”. El le respondió “A mi también”, respuesta que fue de su agrado. Se siguieron viendo pero sin compromiso, pues ninguno de los dos tomó con facilidad la decisión de comprometerse. “Mi mente tardó mucho en darse cuenta de que a mi cuerpo le gustaba él.”

*Siempre me las había arreglado para interesarme por la persona menos adecuada, por lo que las relaciones nunca me duraban mucho y era muy fácil justificar las rupturas. Incluso cuando una relación iba bien siempre supe inventar motivos que me parecían válidos para romperla. En este caso hubo algo más fuerte que mis barreras y mis miedos”.*

La madre le llama diariamente para controlarla. Ella atiende todas las llamadas, aunque mientras la oye va haciendo otras cosas. La madre la desconfirma continuamente, mientras su padre hace como que no ve estas desconfirmaciones y cuando ella se queja se limita a decirle “Ya sabes cómo es tu madre”. La idea del padre es que es mejor vivir tranquilo y no discutir. El padre aparentemente aguanta sin grandes problemas. Le digo que es como si ella estuviera en primera línea de la resistencia, siempre luchando contra la madre, y su padre le fuera llevando la fiambra.

*“Mi madre jamás ha aprobado nada de lo que he hecho, todo está mal siempre, incluso si hago dos cosas opuestas, están mal las dos. Todo lo que hice durante muchos años por intentar complacerla fue inútil, por lo que ahora he llegado a la conclusión de que se trata de un problema suyo, y no mío. Durante mucho tiempo confié en mi padre, porque a solas me daba la razón y creía que me apoyaba, pero su apoyo fue siempre clandestino y de ninguna manera resultó eficaz. El es incapaz de enfrentarse a mi madre.”*

Existe un antecedente que le hace sentirse mal, porque sitúa en él el inicio de su carrera como “víctima profesional”. A los 3 años sus padres vinieron del pueblo, y la separaron de la abuela materna, que la había cuidado hasta entonces. A raíz del cambio de domicilio, ella no comía ni jugaba y, finalmente un médico recomendó que volviera al pueblo con la abuela. Al cabo de unos meses la trajeron de nuevo a la ciudad, y se pudo adaptar.

Esta abuela materna la mimaba y, en la autobiografía que escribe por encargo terapéutico los recuerdos de los tres primeros años se refieren a ella, y a un bisabuelo

al que le encargaban cuidar. Aunque era muy pequeña, la sentaban delante del bisabuelo con la consigna de avisar a los mayores si éste se balanceaba excesivamente, para evitar que cayese al suelo o sobre las brasas de la chimenea. Ella cumplía fielmente su papel. Le decían: “Cuida de que no se duerma, se caería al fuego y se quemaría. Si se duerme, lo despiertas.” Y ella no apartaba los ojos de él. Tan pronto como percibía el más mínimo movimiento oscilatorio, daba grandes gritos “por el pánico que me provocaba la visión del abuelo quemándose en la chimenea”. El abuelo protestaba con indignación ante estos despertares súbitos.

Podemos hipotetizar que estas vivencias, junto al interés del padre por educarla “para que pudiera andar por el mundo sola”, van preparando el camino que relacionará vinculación con sufrimiento. Este padre trabajaba muchas horas, por lo que la clienta tiene que vivir su niñez y adolescencia en estrecho contacto con una madre descalificadora.

Otro dato importante es que su abuela paterna se opuso a que sus padres se casaran, porque no le gustaba su nuera. La madre, muy católica, la tuvo a ella antes del matrimonio, y se sintió muy culpable por ello. Puede conjeturarse que la clienta ha servido desde entonces de chivo expiatorio de esta culpa. Cuando sus padres finalmente se casaron, los abuelos desheredaron al padre, aunque años después cambiaron el testamento.

## **LA RECONSTRUCCION TERAPEUTICA DEL TRASTORNO MENTAL**

En la primera sesión, tras exponer sus problemas, expresa obviamente su demanda de poder cruzar las calles sin necesidad de muleta, pero además superar sus miedos, que considera excesivos. Tiene un gran miedo a ser abandonada por considerarse una carga: “Si soy dependiente, cualquier persona se cansará de mí”.

Ante mi pregunta: ¿Hay algo que haya variado en tu vida tras la operación?, la clienta se queda en silencio. Con la mano delante de la boca, afirma: “He llegado a pensar que una persona que lleva tanto tiempo con una incapacidad llega a servirse de ella de alguna manera... Antes de la operación, pese a que era bastante independiente, utilizaba el dolor como una excusa para no hacer algunas cosas que no quería, y así sentirme más libre”. Se siente muy culpable de ello y tiene miedo de ser catalogada como víctima.

Realizo una reconstrucción de la situación en que ella pueda sentirse como una persona valiente. Le digo que hay mejoras aparentes que, por su novedad, crean problemas. El resultado de su operación es que puede andar con normalidad, mientras que anteriormente se movía con mucha dificultad, siendo su marcha muy llamativa, por lo que le aparecían muchos “protectores”. Al andar mejor, realmente empeora su situación, porque tiene que aprender recursos nuevos para obtener lo que antes conseguía gracias a su disminución física. Le receto una buena temporada de pedir ayuda a su novio y a otras personas para que le ayuden a cruzar calles, mientras trabajamos en terapia para que pueda adaptarse a las novedades e ir

prescindiendo progresivamente de algunas ayudas externas. Para ello le pido que traiga una lista de las cosas que conseguía antes con su coxoartrosis, que ahora va a tener que aprender a conseguir de otra manera.

Hay un cambio de cara tras la reconstrucción. Es llamativo que se levanta sin la muleta y se la lleva en la mano sin apoyarse en ella, como si fuera un paraguas. En una sesión posterior le digo que si en lugar de muleta llevara una palma del domingo de Ramos, su seguridad sería parecida.

En la sesión siguiente trae una nota con las pérdidas sufridas por la mejoría. Pese a trabajar en el logro de habilidades alternativas, en sucesivas sesiones aparece de nuevo su miedo a ser una víctima aprovechada. Le sigo repitiendo que esta creencia, excesivamente extendida en nuestra cultura, es la más patológica de todas las que me ha contado.

## **LA CONFECCION DE HIPOTESIS**

La hipótesis terapéutica consiste en que la mejoría de su forma de andar tras la operación, en realidad es un empeoramiento de su situación, pues la clienta tiene que acostumbrarse a su nueva y mejor vida. Esta situación ha desencadenado la agorafobia en una persona que previamente era más bien claustrofóbica.

Entre los procedimientos de intervención utilizados en esta psicoterapia se encuentra la prescripción del síntoma, para desculpabilizarlo. Hay que animar a la clienta a pedir ayudas, pues anteriormente le bastaba utilizar su dolor y deficiencia para conseguir muchas cosas. También se realiza una exposición “in vivo” de su fobia, prescrita por el terapeuta pero diseñada por la clienta. Otras intervenciones de la terapia consistieron en colocar límites a esa madre tan agobiante, realizar diálogos gestálticos para ayudarle a flexibilizar su construcción de los conflictos de relación (Winter, 1989), la ya comentada redacción de una autobiografía y la confección de una lista de 50 deseos (pues la clienta reconocía pocas necesidades). Pero la técnica básica fue el reconocimiento de todo el proceso que había desencadenado la agorafobia.

Entre los cambios terapéuticos conductuales se encuentra la desaparición del componente depresivo tras la primera sesión y el logro progresivo en cruzar calles, sola y sin muleta, hasta que finalmente logra atravesar la avenida más ancha de la ciudad, su reto más importante.

Sin embargo, el indicador más fiable de los cambios se encuentra en sus sueños. En una primera fase sueña con casas, a las que va de visita. No encuentra en ellas a personas conocidas. No tienen ventanas, cocina, ni baño. Hay habitaciones con muebles antiguos en gran cantidad, como si en vez de viviendas fueran “guardamuebles”.

Más adelante, en uno de los sueños, la casa la va a heredar ella y en una habitación hay una ventanita pequeña. Y en otro posterior la casa era suya, tenía un salón, donde estaba su novio, y ella salía a un único balcón. En ese sueño veía que

no podía usar tantos muebles y guarda algunos en una sala para tener más espacio libre. En la casa le ayuda una señora de la limpieza y un señor con herramientas (personajes éstos muy comunes en los sueños de personas que realizan una terapia).

En el último sueño de casas que narra en esta psicoterapia, la casa era más pequeña y la había comprado con su novio. Era la primera casa con baño y cocina, y tenía muchas ventanas grandes, menos muebles viejos y algunos objetos que ambos habían comprado. Está más activa arreglando cosas de la casa y en una secuencia del sueño se encuentra delante de la madre, que le dice que tiene derecho a todo porque es su madre. Ella le responde que es una egoísta y nota que puede dominarla.

Observamos juntos las diferencias en los sueños: Más relación con el mundo exterior (ventanas y balcón), responsabilización y vinculación (es su casa, no una casa cualquiera), realismo (es más pequeña), acción, reconocimiento de necesidades (baños), dominio sobre la madre, novedad, creación (cocina). Le propongo como tarea escribir un sueño de casas tal como a ella le gustaría soñarlo, y lo más llamativo es que hay niños en la casa. Existe el planteamiento de tener hijos con su pareja.

## **A MODO DE CONCLUSION**

En los trastornos de ansiedad con agorafobia no basta con la medicación farmacológica, homeopática o de otro tipo. Ni tampoco con una desensibilización o exposición conductual. Es necesaria la comprensión de la dinámica interna y la reconstrucción, paso a paso, de aspectos del modelo de vinculación. En muchos casos es posible, mediante una psicoterapia, modificar algunos elementos importantes de la relación con el mundo, y lograr ampliar las alternativas de la estructura subyacente, que es rígida y evitativa.

A veces es difícil que la persona que padece una fobia acepte una terapia. Su temor a la vida emocional le juega esta mala pasada. Si, cansada ya de la repetición de las crisis, decide iniciar una psicoterapia, lo hará con mucha cautela y el terapeuta deberá respetar estos miedos, que forman parte del propio trastorno.

Con este tipo de clientes es importante ser respetuoso pero directivo, es decir con mayor participación del terapeuta, sobre todo en la primera fase de la terapia. Ya Freud advertía que no era posible ayudar al fóbico esperando que el análisis llevara al enfermo a abandonar la fobia.

Además he encontrado muy útil, como sugiere Kelly, la utilización de las propias hipótesis del cliente sobre lo que le está pasando, y la búsqueda de una reconstrucción que permita a la persona sentirse válida, con la subsiguiente mejoría sintomática. Con ello nos ahorramos muchas veces, como en este caso, la prescripción de cualquier tipo de medicación.

En la terapia habrá que mostrarles que es posible hacer compatible lo opuesto, que es posible vincularse y explorar, y que para ello van a tener que aprender a

manejarse en el área de los conflictos interpersonales y de las emociones que resultan de ellos.

---

### **Referencias Bibliográficas**

- Bowlby, J. (1985) La separación afectiva. Barcelona: Paidós
- Bowlby, J. (1986) Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. Morata: Madrid.
- Bowlby, J. (1989) Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1993) El vínculo afectivo. Barcelona: Paidós.
- Goldstein, A. J., y Chambless, D. L. (1978) A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, p. 47-59.
- Guidano, V. F., y Liotti, G. (1983) *Cognitive processes and emotional disorders*. Nueva York: Guilford.
- Guidano, V. F. (1994) El si-mismo en proceso. Hacia una terapia cognitiva posracionalista. Barcelona: Paidós.
- Sassaroli, S., y Lorenzini, R. (1990) Apego y exploración en la patogénesis de las fobias. *Revista de Psicoterapia*, Nº 2-3, p. 95-111.
- Winter, D. (1989) An alternative construction of agoraphobia. En: *Agoraphobia. Current perspectives on theory and treatment*. Editado por K. Gournay. Londres: Routledge.

## RESEÑA BIBLIOGRAFICA

---

### **HÉCTOR FERNÁNDEZ ALVAREZ** ***FUNDAMENTOS DE UN MODELO INTEGRATIVO*** ***EN PSICOTERAPIA***

Buenos Aires, Paidós, 1992.

Esta obra de gran envergadura merece un comentario no sólo por su originalidad sino por mostrar conocimiento de algunos de los intentos más destacados en las psicoterapias de orientación cognitiva (Greenberg y Safran, 1987; Horowitz, 1991; Mahoney, 1991). Héctor Fernández toma como punto de referencia la psicología cognitiva atendiendo a su doble vertiente, la que considera los procesos humanos como procesamiento de la información, y la constructivista (o cognitivo-social) que concibe al ser humano como agente (pro)activo en la construcción del significado.

El planteamiento teórico de este autor articula las aportaciones constructivistas de Feixas y Villegas (1990), Guidano (1991) y Mahoney (1991) con el saber psicodinámico sobre el inconsciente, y con el procesamiento emocional (Greenberg y Safran, 1987), a la vez que contempla distintos aspectos interaccionales. De esta forma, describe la experiencia en su carácter constructivo, es decir, como proceso en el que se elaboran una serie de estructuras de significado. Particular interés merece la descripción de la evolución de estas estructuras de significado a través del tiempo, y las influencias circunstanciales en esta evolución. Así, vemos cómo el niño se inserta dentro de un guión paterno, y que sólo posteriormente se halla enfrascado en la tarea de construir su propio guión personal, idea muy conectada al pensamiento de Adler y al de los existencialistas. Este guión personal constituye una trama en la que se forjan las estructuras de significado, y en función de la cual se van organizando jerárquicamente. Además de por la diferenciación jerárquica, las estructuras de significado se distinguen por su grado de rigidez o flexibilidad, y por su grado de desarrollo hacia la complejidad, aspectos todos ellos ya preanunciados en la propuesta de Kelly.

La cuestión evolutiva es central en la obra de Fernández, y, en consecuencia, presenta un esquema evolutivo de los niveles de complejidad del self de gran interés. Este esquema constituye una descripción de las fases del ciclo vital en términos de la evolución de las estructuras de significado. A su vez, el autor destaca

el potencial teórico de este esquema para conceptualizar los problemas clínicos.

En la parte más práctica de su aportación, Fernández describe distintas modalidades de cambio, también desde una óptica evolucionista. Todo ello le permite adentrarse en la comprensión de la vivencia de sufrimiento que tiene el paciente y en los mecanismos que le llevan a demandar una psicoterapia. En este terreno ya práctico, el análisis de la demanda constituye un elemento esencial, que permite diferenciar distintos tipos de abordaje psicoterapéutico. Dependiendo, pues, de la demanda y del tipo de problema Fernández aporta elementos para proponer un tratamiento breve, intermedio o sin límite de tiempo, así como para seleccionar determinado tipo de técnicas.

A nuestro juicio, la propuesta de Fernández es un claro ejemplo de lo que en otros trabajos llamamos integración teórica amplia (Feixas, 1992, 1993; Feixas y Miró, 1993). Este tipo de integración teórica se diferencia de la integración teórica híbrida no sólo por contemplar más de dos teorías, sino por articular distintos aspectos del funcionamiento humano como los cognitivos, emocionales, conductuales e interpersonales. Estas propuestas integradoras cubren un amplio espectro, y se nutren de las aportaciones de muchas psicoterapias. Y muy a menudo se basan en los avances de la psicología cognitiva y social, lo que permite la elaboración de enfoques con mejor conexión entre psicología académica y psicoterapia.

En suma la obra resulta una aportación interesante, máxime si se tiene en cuenta que recoge una parte muy relevante del saber acumulado por nuestro colegas argentinos, concretamente de los desde el centro AIGLE de Buenos Aires están realizando un esfuerzo considerable por presentar una visión de la psicoterapia muy actualizada, no sólo a través de esta obra sino también de su revista "Revista Argentina de Clínica Psicológica".

Guillem Feixas

### Referencias bibliográficas:

- Feixas, G. (1992). Constructivismo e integración en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 3 (12), 101-108.
- Feixas, G. (1993). Aportaciones constructivistas a la integración en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*.
- Feixas, G. y M.T. Miró (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. y Villegas, M. (1990). *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona: PPU.
- Greenberg, L.S. y Safran, J. (1987). *Emotion in psychotherapy*. New York: Guilford.
- Guidano, V.F. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford.
- Horowitz, M.J. (1991). States, schemas and control: General theories for psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 85-102.
- Mahoney, M. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.

## **LIBROS RECIBIDOS:**

---

### **MANIFIESTO POR UNA MUERTE DIGNA.**

R. Jaccard y M. Thévoz

Barcelona: Editorial Kairós

Prólogo de Salvador Pániker

Desde hace tiempo en occidente todo ocurre como si los hombres no sólo quedasen desposeídos de su propia vida sino de su propia muerte. ¿En nombre de que ética y de que valores se puede privar al ser humano de este derecho fundamental?.

Los autores defienden una medicina centrada en la voluntad del paciente. El sufrimiento innecesario degrada, pero antes que nada es una cuestión de dignidad y de libertad individual.

Roland Jaccard es ensayista y crítico literario. Michel Thévoz es profesor de la universidad de Laussana y autor de numerosas obras de Historia del Arte.

---

### **GUIA DE LAS NUEVAS TERAPIAS.**

Edmond Marc.

Barcelona: Editorial Kairós

Las técnicas, los fundadores, los centros y las direcciones.

¿Cómo orientarse frente a la multiplicidad de terapias que se han desarrollado durante estos últimos años? ¿Cómo encontrar aquella que más nos conviene?, ¿Cómo escoger el terapeuta adecuado?. Esta guía ofrece una presentación simple y precisa de las principales técnicas terapéuticas y sus fundadores tales como el Análisis Transaccional, la Bioenergética, la Gestalt, los Grupos de Encuentro, los

Masajes, la Psicósíntesis, el Rebirthing, las Terapias Cognitivas, etc.

La segunda parte del libro consta de un listado exhaustivo de los centros terapéuticos más importantes de España, sus direcciones y las actividades que realizan.

Edmond Marc es psicólogo y conferenciante en la universidad de Paris X.

---

## **LAS DIOSAS DE CADA MUJER.**

Jean Shinoda Bolen.

Barcelona: Editorial Kairós

La psicoanalista Jean Bolen cree que sólo un conocimiento de los patrones internos y estereotipos culturales de los que no somos conscientes, nos permitirá vivir con mayor confianza y libertad lejos de las restrictivas dicotomías como masculino/femenino, madre/amor, ambiciones/ama de casa...

Este libro muestra a las lectoras cómo identificar su diosa dominante (desde la autónoma Artemisa, la fría Atenea, Demeter la nutridora, a la creativa Afrodita) cómo decidir cual debe cultivar más o qué patrón tipo debe superar, y cómo utilizar el poder de estos eternos arquetipos para ser mejores “heroínas” de nuestras propias historias.

Jean Shinoda Bolen es analista junguiana y profesora de psiquiatría clínica en la universidad de California, en San Francisco.

# **REVISTA DE PSICOTERAPIA**

**EDITA:**

**REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.**

**Dirección y Redacción:**

**REVISTA DE PSICOTERAPIA  
APARTADO DE CORREOS 90.097  
08080 BARCELONA  
Tel.: (93) 321 7532**

**Gestión y Administración:**

**REVISTA DE PSICOTERAPIA  
SERVEIS PEDAGOGICS, S.L.  
c./ de l'Art, 81  
08026 BARCELONA  
Tel.: (93) 435 2311**