

APERTURAS PSICOANALITICAS

HACIA MODELOS INTEGRADORES

Revista de Psicoanálisis

Julio 2001 - No.8

Tratamiento integrado del Trastorno de Estrés Postraumático

José Carlos Mingote *, Begoña Machón, Irene Isla**, Alicia Perris**,
Isabel Nieto****

1. Introducción

Aunque el trastorno de estrés postraumático (TEPT) fue reconocido como entidad clínica independiente en la tercera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III), las primeras descripciones del estado traumático pueden encontrarse ya en la Odisea de Homero, en la que éste describe las reacciones de los soldados griegos de intenso terror, agitación o parálisis conductual, desorientación y otras alteraciones durante las batallas.

Los trastornos traumáticos han recibido varias denominaciones a lo largo del tiempo tales como: "neurosis de compensación" (propuesta por Rigler en Prusia en 1879), "choque del obús" (Mott, 1919) durante la Primera Guerra Mundial, o "neurosis traumática" en la Segunda (Kardiner, 1941) entre otras, para referirse a un síndrome clínico caracterizado por la gran variabilidad de sus síntomas a lo largo del tiempo y que puede incluir manifestaciones afectivas, cognitivas y conductuales características, hasta provocar intenso malestar personal y deterioro social, con diferentes complicaciones médicas y psiquiátricas, según revisamos en 1999 Mingote, Torres Imaz y Ruiz (1). Hay un notable estudio epidemiológico a destacar publicado en 1974 por Burgess y Holstrom (2) basado en entrevistas con 146 mujeres violadas que describieron en detalle "el síndrome del trauma de la violación", otro precursor del TEPT.

Otro desarrollo relativamente nuevo es la psicología en caso de catástrofes y/o violencia política que, comprometida con la problemática de la comunidad, intenta dar respuesta perentoria a problemas reales desde una perspectiva psicosocial en un contexto global. Esto implica la toma de conciencia de una realidad económica y social como posible explicación de esa situación y considerar a la comunidad como un recurso activo. Es una psicología que trasciende con mucho el mero trabajo con individuos y los cambios relativos que pueden operar en una terapia tradicional. Hay también una nueva inquietud por la violencia como fenómeno sociopolítico y se revisan los conceptos de

antropología psiquiátrica y transcultural, las perspectivas *emic* (dentro de la cultura) y *etic* (desde fuera).

El psiquiatra Pau Pérez Sales (1999) piensa que cada sistema médico pone en juego determinados elementos terapéuticos y que si se trabaja con culturas no occidentales como es a menudo el caso en situaciones de catástrofes o violencia política, se debe dedicar una atención especial al mundo mítico, la relación terapéutica, la curación simbólica y biológica y las estrategias de afrontamiento (3).

En víctimas de guerra y catástrofes el testimonio es una herramienta terapéutica importantísima. En la misma línea está el uso de la acción política, las tareas de participación comunitaria, la construcción de una memoria colectiva de los hechos, los memoriales y actos de mitigación del daño y reparación social de la dignidad de las víctimas. Desde una perspectiva amplia, se puede aunar elementos de carácter psicosocial y comunitario, con elementos de intervención familiar y técnicas clínicas de trabajo individual

Los enfermos con TEPT sufren con más frecuencia varias enfermedades médicas graves y crónicas (enfermedad coronaria, hipertensión arterial, cáncer, hepatitis, varias enfermedades respiratorias, musculo-esqueléticas, etc), numerosas somatizaciones, varias conductas de riesgo para la salud como las adicciones y los accidentes, así como mayor utilización de servicios médicos y mayores costes económicos directos e indirectos (4, 5).

Aunque necesariamente asociado al impacto de un trauma, este no es condición suficiente para desarrollar el trastorno y la mayoría de personas (el 75 %) se recuperan de la experiencia traumática sin enfermar de forma duradera. Así, en la Encuesta del Área de Detroit de 1996, Breslau y cols. concluyeron que la probabilidad general de desarrollo de TEPT tras sufrir la exposición traumática fue 9,2 %, 13% en mujeres y 6,2% en varones (6). Otros estudios epidemiológicos han concluido que la exposición a experiencias traumáticas a lo largo de la vida es frecuente en la población, con un rango desde el 39 % al 90 %, que muchas personas sufren más de un acontecimiento traumático o que este tiene lugar de forma repetida (7).

El TEPT constituye un nuevo paradigma para el estudio de la interacción de factores psicosociales y neurobiológicos en situaciones extremas de estrés, que puede producirse no solo tras experiencias catastróficas naturales o provocadas, sino también tras emergencias corporales y mentales como un infarto agudo de miocardio, una parada cardiaca o una esquizofrenia paranoide en las que se produce la percepción de una grave amenaza a la vida, y sobre todo en personas con factores de riesgo como son los de personalidad previa y bajo soporte social.

El fenómeno traumático implica siempre un daño a la integridad y a la dignidad personal, una vivencia de muerte "para mi" que pasa a ser registro biográfico indeleble y amenaza de muerte permanente, con características siniestras de "cuerpo extraño que fractura mi vida" y que "me aprisiona en el sin-sentido". El trauma rompe límites hasta lograr confundir biología y biografía, hasta "ser un

no vivir" deshumanizado y atemporal: la vida se convierte en "un estar sin ser", una forma cruel de "no vivir" por terror a la vida.

Aunque Freud (8) propuso que "la compulsión de repetición" era consecuencia del instinto de muerte, también hipotetizó que aquella podría ser necesaria como intento de dominar el acontecimiento traumático, distinguiendo pues dos formas de repetición compulsiva, la instintiva y la yoica. Esta última constituye un intento de elaboración de la experiencia traumática, ya que una función yoica específica es la de tratar de completar la integración de la nueva información de realidad con la antigua, almacenada en forma de esquemas cognitivo-afectivos. Desde el modelo del procesamiento de la información el trauma dejaría al Yo con "una tarea incompleta" en el sentido del efecto Zeigarnik, tendencia general a recordar mejor las tareas incompletas que las completas a fin de lograr la completud. A lo largo de toda su obra Freud no renunció a la teoría traumática sino que reorientó su interés hacia el conocimiento de los dinamismos emocionales inconscientes.

2. Prevalencia y factores de riesgo del TEPT

La prevalencia vida de este trastorno en la población general de distintas áreas geográficas oscila entre el 1% y el 12% tras la exposición a diferentes tipos de traumas, pero especialmente tras sufrir violación, crímenes violentos o accidentes graves. Esto significa que realmente se trata de un padecimiento mucho más frecuente que lo que se creía previamente, sobre todo entre mujeres. Los principales factores de riesgo de exposición al trauma son: género masculino, antecedentes personales y familiares de trastornos psiquiátricos y divorcio parental. Aunque las mujeres tienen menor riesgo, los principales factores de riesgo entre ellas son: menor educación y edad, estar casada en el momento del trauma o previamente y abuso físico o sexual en la infancia.

Los principales factores de riesgo de TEPT son: género femenino, juventud y antecedentes psiquiátricos previos, tanto del eje I como del II, antecedentes psiquiátricos familiares y el tipo de trauma, sobre todo violación y crimen violento (7).

Hay pocos estudios que hayan examinado la prevalencia de TEPT en niños y adolescentes en población general, pero varios examinan su frecuencia en grupos de niños expuestos a acontecimientos traumáticos tales como los bélicos, crímenes agresivos o sexuales, y desastres naturales. Destaca una elevada prevalencia actual de TEPT que va desde el 1,5 y el 6,2 % (entre los adolescentes expuestos al huracán Hugo) y hasta el 50 % (entre niños refugiados camboyanos) y el 58,4% (entre niños tiroteados en el colegio). La prevalencia-vida de TEPT entre niños y adolescentes es del 21,5 % al 32 % (9). Entre los estudios epidemiológicos realizados destacan los que se refieren a la elevada comorbilidad de TEPT y otros trastornos mentales en los pacientes. Así, más del 80% de los veteranos de Vietnam que padecen TEPT tienen uno o más trastornos psiquiátricos asociados, igual que cerca del 80 % de los adultos del Estudio de St. Luis con TEPT. Para hombres los trastornos psiquiátricos asociados más frecuentes son: abuso o dependencia de alcohol, otras adicciones, trastornos depresivos y de ansiedad y trastorno de personalidad

antisocial, mientras que para mujeres sobresalen la depresión mayor, el trastorno de ansiedad generalizada y la distimia (10).

Algunos de estos trastornos psiquiátricos pueden ser factores de riesgo previos para el desarrollo de TEPT, mientras que otros pueden ser secundarios a la experiencia traumática. Según los estudios actualmente disponibles el TEPT es un trastorno complejo determinado por varios factores de vulnerabilidad individual tanto como por las características del estresor, así como otras variables postexposición como es la disponibilidad de soporte social y de la ayuda médica y psicológica adecuada. Siguiendo la teoría de las series complementarias de Sigmund Freud (11), confirmadas por los estudios actualmente disponibles, la incidencia del TEPT va a depender de la exposición a un trauma y de la existencia de factores de vulnerabilidad previa, y va a estar moderada por las capacidades de protección individual disponibles (recursos de adaptación, autoestima, soporte social etc) como se esquematiza a continuación:

$$\text{La incidencia de TEPT} = \frac{\text{Estrés} + \text{Vulnerabilidades personales}}{\text{Recursos de protección} + \text{Autoestima} + \text{Soporte Social}}$$

3. Cuadro Clínico:

Existe un alto solapamiento de síntomas entre el TEPT y otros trastornos psiquiátricos y el trastorno se presenta rara vez en su forma pura, ya que en la mayor parte de los casos (hacia el 80% de ellos) se asocia con otro trastorno mental al menos. Por todo ello, es conveniente realizar una aproximación diagnóstica multidimensional del TEPT, y no solo clínico-fenomenológica. En efecto, existen varias pruebas de tipo psicobiológico que pueden facilitar el diagnóstico diferencial de paciente con TEPT y con otros trastornos de ansiedad y afectivos.

Más allá de sus distintas manifestaciones clínicas, el TEPT constituye una de la formas más características de claudicación adaptativa personal por la intensidad de los estresores impuestos desde el medio externo, en general tras presentar una reacción de estrés agudo. Esta entidad se incluye en el DSM IV como diagnóstico provisional que se desarrolla de forma inmediata a una situación aguda de estrés excepcional. Incluye síntomas mixtos, emocionales y alteraciones de la conducta que en general remiten de forma rápida y sin una intervención terapéutica externa.

Su remisión se logra por la aceptación consciente de los cambios dolorosos originados por el estrés y se ve facilitado por intervenciones psicoterápicas individuales o en grupo. Se recomienda la no medicación. Sobre todo se evitarán las benzodiazepinas porque con la amnesia anterógrada que producen tienen el riesgo de aumentar la negación y la no integración de la experiencia traumática. Se han mostrado eficaces técnicas de orientación dinámica de información ("debriefing") para reducir el riesgo de complicaciones tras sufrir la experiencia traumática. Consiste en una única sesión de dos horas que tiene cuatro partes: expresión de los acontecimientos, explorar las reacciones problemáticas, identificación de las estrategias prácticas de afrontamiento y de

los sentimientos provocados por la catástrofe, planes de acción a tomar, y petición de consultas.

En las reacciones catastróficas de estrés agudo, que se caracterizan por síntomas de pánico, desorganización cognitiva, desorientación, disociación, insomnio severo, tics y otros trastornos del movimiento, reacciones paranoides e incapacidad de autocuidado y trabajo, se recomiendan estrategias terapéuticas que incluyen soporte inmediato, traslado del lugar del trauma a un lugar seguro, medicación ansiolítica durante un tiempo limitado, y psicoterapia dinámica breve de apoyo y expresión. Esta tiene por objeto la abreacción e integración del trauma. Esta misma técnica es efectiva para los casos no complicados de TEPT y para las reacciones de duelo patológico. Se procura establecer lo más rápidamente posible una buena alianza terapéutica, capaz de contener y moderar reacciones transferenciales intensas con expresión de emociones negativas y positivas difíciles de tolerar por el paciente e incluso por parte del terapeuta.

Peterson, Prout y Schwarz (12) han diferenciado los síntomas primarios del TEPT de los síntomas secundarios. Los primeros son los que constituyen los criterios diagnósticos del trastorno según fue oficialmente reconocido en el DSM-III en 1980. Síntomas secundarios o asociados del TEPT se refieren al conjunto de síntomas que se asocian con frecuencia al síndrome nuclear en los pacientes con TEPT. En el DSM-III-R se mantienen las mismas características esenciales del DSM-III aunque con algunas diferencias. Así, se hace más énfasis en la importancia de los síntomas de evitación y de inhibición cognitivo-afectual-conductual, recogidos en la sección C, y entre cuyos síntomas se incluye con detalle la evitación de representaciones simbólicas de algún aspecto del trauma, como se detalla a continuación:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos o sentimientos asociados con el trauma
2. Esfuerzos para evitar actividades o situaciones que despierten los recuerdos del trauma
3. Incapacidad para recordar algún aspecto importante del trauma

Igualmente se especifican los síntomas de TEPT en niños:

B(1): Recuerdos recurrentes e intrusiones dolorosas del acontecimiento traumático (en los niños pequeños, juegos repetidos en los que se expresan aspectos o temas del trauma)

C(4): Disminución importante del interés en actividades significativas (en los niños pequeños la pérdida de logros evolutivos recientemente adquiridos tales como el control de esfínteres o el lenguaje)

Y finalmente se suprime la culpa del superviviente de las características principales y se relega a las secundarias

En el DSM-IV se especifican con más detalle los criterios que ha de cumplir el estresor traumático, así como los criterios de reexperimentación, evitación, activación, duración e intensidad del malestar que deben cumplirse en el paciente individual para poder ser diagnosticado de TEPT y que se recogen en la Tabla 1.

TABLA 1 CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE F43.1 TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMATICO (309.81)

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. **Nota:** en los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. el acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. **Nota:** en los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. **Nota:** en los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimientos traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). **Nota:** los niños pequeños pueden escenificar el acontecimiento traumático específico.
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
6. Restricción de la vida afectiva (p. Ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
7. Sensación de un futuro desolador (p. Ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar y mantener el sueño
2. Irritabilidad o ataques de ira
3. Dificultades para concentrarse
4. Hipervigilancia
5. Respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses

A continuación comentaremos estos criterios diagnósticos:

A. El criterio del estresor traumático ha sido calificado de distintas formas en las sucesivas ediciones del DSM, y sobre todo el peso relativo que tiene en la determinación del trastorno, en comparación con los factores personales y ambientales. La característica fundamental de todos los estresores traumáticos es que constituyen una grave amenaza para la vida de un ser humano y para su integridad personal. Más allá de sus características objetivas destacan los siguientes aspectos de la percepción subjetiva del estresor traumático: miedo intenso, atribución de incapacidad personal, percepción de amenaza vital y riesgo de violencia física; criterios que se han incluido en la revisión del DSM-IV. La mayoría de las personas no desarrollan TEPT incluso cuando han sufrido traumas horribles: lo que destaca la importancia de diferentes factores de vulnerabilidad individual tales como:

1. Vulnerabilidades genéticas para enfermedades psiquiátricas
2. Adversidades en la infancia
3. Algunos rasgos de personalidad como los de dependencia, paranoide, límite y antisocial
4. Acumulación de otros estresores actuales
5. Inadecuado apoyo social
6. Abuso reciente de alcohol
7. Atribución de control externo

B. La reexperimentación del trauma puede tener lugar de varias formas tales como pensamientos, sensaciones, sentimientos, recuerdos o representaciones involuntarias del acontecimiento traumático de forma muy perturbadora para el paciente. La presencia de estas reexperiencias no deseadas y muy desagradables, también denominadas intrusiones postraumáticas, caracterizan el trastorno, sea en forma de rumiaciones, de crisis de angustia o de llanto incontrolado, o bien como somatizaciones o como episodios violentos de descontrol. Durante el sueño suele reexperimentarse la experiencia traumática

como pesadillas repetidas que dramatizan algunos aspectos de la misma, aunque también pueden aparecer otras representaciones que son falsas, sean plausibles o completamente divorciadas de la realidad. En bastantes casos, estos sueños típicos del enfermo con TEPT pueden continuar influyéndole más allá del sueño durante la vigilia. Se trata de sueños tan vívidos que parecen reales al sujeto, determinan su estado emocional y e incluso su conducta en continuidad funcional con los contenidos y los afectos del sueño. La repetición vivencial del acontecimiento traumático puede tener lugar como "flashbacks", ilusiones y como alucinaciones. En estos casos el comienzo es súbito, se acompañan de intensas expresiones emocionales y por amnesia ulterior del fenómeno acontecido. Se trata de estados alterados de conciencia que pueden durar desde escasos minutos hasta varias horas, tras lo que se recupera el juicio de realidad y se conserva la identidad personal. En algunos episodios de "flashback" la conciencia puede ser excluida y los afectos relacionados con el acontecimiento pueden determinar la conducta motora, aunque cuando finaliza el paciente suele distinguir sus imágenes traumáticas de la realidad y lo más común es que no pierda el control o juicio de realidad. Estos estados pueden desencadenarse por estímulos externos tanto como por varios estados psicofisiológicos internos como los de alto estrés, fatiga, insomnio o consumo de sustancias tóxicas: se trata de situaciones que intensifican los síntomas, sobre todo cuando el enfermo se expone a estímulos que éste asocia al trauma original.

C. Síntomas de evitación y embotamiento de la respuesta a los estímulos del mundo externo. La anestesia emocional o embotamiento psíquico general es la segunda característica clínica principal del TEPT, que puede manifestarse como pérdida de interés en actividades personales y sociales que antes del trauma resultaban interesantes y restricción de la capacidad de experiencia emocional. El paciente se siente extraño, alejado de los demás, que le perciben frío, no disponible. Este bloqueo emocional impide realizar el trabajo de elaboración mental de la experiencia traumática, que es como si no hubiera pasado o se recuerda de forma fragmentaria. Para Peterson, Prout y Schwarz (12): "En el intento de evitar material doloroso, la persona se insensibiliza gradualmente a más emociones", como forma extrema de "parada del pensamiento" y de "embotamiento conductual" secundario a la intensidad de la experiencia traumática.

D. Activación psicofisiológica. Se trata de un grupo de síntomas que desde el DSM-III se recogen en un mismo epígrafe para destacar su importancia en la determinación de alteraciones somáticas graves como la enfermedad coronaria y la hipertensión arterial. Incluye:

1. Niveles estables elevados de tensión arterial y de ritmo circadiano, que aumenta con la activación emocional desencadenada por los estímulos apropiados
2. Alteraciones del sueño, que De Fazio (1978) considera "la señal de la reacción a la experiencia traumática". Incluye mayor latencia del sueño, menor eficiencia y menor porcentaje de sueño REM, todo lo que determina un sueño no reparador que puede persistir durante años.
3. Dificultades de concentración, de memoria y de la motivación, para tomar decisiones y concluir tareas

4. Episodio de hostilidad y violencia, incapacidad para expresar la rabia, o aparición de cierto grado de paranoidismo asociado del TEPT.

5. Hiperreactividad fisiológica a estímulos que recuerdan o simbolizan el acontecimiento traumático.

La culpa del superviviente era un síntoma principal de TEPT en el DSMIII que luego se excluyó en sus posteriores versiones. Puede aparecer en forma de rumiaciones obsesivas del tipo "¿por qué yo he sobrevivido mientras que ellos no han podido?", o como autoreproches poco realistas por no haber podido prevenir la experiencia traumática.

Síntomas secundarios de TEPT.

Estos enfermos pueden presentar otros síntomas clínicos tales como son los de ansiedad, depresión, somatización, conductas impulsivas y adicciones. Aunque los síntomas de ansiedad forman parte del TEPT, estos pacientes pueden cumplir los criterios de otros trastornos de ansiedad, incluso como forma inicial de presentación del TEPT, a lo largo del mismo o como síntoma residual, típicamente como fobias e hipocondría. Los síntomas depresivos forman parte principal del TEPT pero estos enfermos pueden cumplir los criterios de distimia o depresión mayor. La importancia del envejecimiento prematuro, de varias enfermedades psicosomáticas y de síntomas médicos médicamente inexplicados (somatización) fue ya señalado en los primeros estudios hechos en los supervivientes de las prisiones y de los campos de concentración. También se ha encontrado una elevada incidencia de conductas adictivas entre enfermos con TEPT, sobre todo de alcoholismo, como complicación secundaria del TEPT. Este hecho se ha explicado como intento de suprimir varios síntomas del TEPT como las pesadillas, aunque tras desarrollar tolerancia se exacerban estos síntomas.

El DSM-III incluía el síntoma de la percepción de un futuro personal acortado, que no se mantiene en el DSM-IV salvo como anticipación de un futuro desolador dentro del grupo de los síntomas de evitación. Puede manifestarse como alteraciones en la percepción del tiempo presente o pasado, como anticipaciones catastróficas y premoniciones en "espiral negativa". Estas alteraciones pueden asociarse a cambios persistentes de la personalidad como rasgos depresivos, intensificación de los rasgos de carácter previo, y disminución o empobrecimiento de los recursos personales disponibles, desconfianza generalizada, aislamiento social, así como una gran necesidad de control. También pueden destacar unas elevadas necesidades de dependencia; intensa ambivalencia y mal control de impulsos. Los trastornos adictivos son frecuentes padecimientos comórbidos asociados con TEPT, así entre los veteranos de la guerra de Vietnam el 60-80 % de ellos tienen enfermedades relacionadas con el alcohol, aunque la dirección de la flecha causal es controvertida:

1. Disponibilidad de sustancias adictivas.

2. Mayores niveles de exposición al combate, de forma que la severidad del trauma predice TEPT y la severidad de éste correlaciona con la severidad de la adicción.

3. Antecedentes personales y familiares de consumo adictivo, lo que también aumenta el riesgo de padecer TEPT.
4. Relativa juventud en el momento del combate.
5. Estilo atribucional de desesperanza aprendida.

El modelo de la auto-medicación de Khantzian (1985) que propone que el trastorno adictivo alivia de forma específica los síntomas disfóricos del TEPT, lo que refuerza su uso, ha perdido apoyo científico en los últimos años, pero puede explicar el mayor riesgo de dependencia de alcohol, sedantes y opiáceos de los pacientes con TEPT, así como la cronificación del mismo.

Un síntoma característico que induce el enfermo con TEPT en el clínico que le evalúa consiste en un intenso impacto emocional, con vivencias de sorpresa y de incredulidad ("no es posible,... ¿estará confabulando?", etc.), con dudas sobre la veracidad del relato hecho por la víctima, o con intentos de ayudar a la víctima de forma poco realista. Los profesionales sanitarios no son inmunes a las tragedias humanas, además de tener una especial responsabilidad para organizar las intervenciones posteriores para socorrer a los afectados. Es esencial la anticipación y planificación de los suficientes recursos necesarios para no ser desbordados por los pacientes y sus familiares, quienes suscitan una enorme ambivalencia: necesitan su apoyo a la vez que les contagian su estrés hasta poder llegar a agotarles. Conviene tener presente que las crisis suponen riesgo vital, pero también son una oportunidad de mejorar la cohesión del equipo asistencial interdisciplinario y su competencia preventiva.

4. Características psicobiológicas del TEPT

El TEPT es un trastorno muy complejo, con numerosos sistemas neurobiológicos afectados tras la exposición a adversidades o estresores catastróficos. Actualmente hay un gran cuerpo de datos experimentales que permiten desarrollar varios modelos animales del TEPT, como el del estrés incontrolable, el del miedo condicionado, el de la respuesta de sobresalto potenciada por el miedo, el del "kindling", y el de sensibilización conductual. A continuación presentamos de forma esquemática las principales alteraciones neurobiológicas del TEPT (13):

- Bajos niveles relativos de cortisol libre en orina y altos niveles de adrenalina y noradrenalina en orina (Mason et al, 1986).
- Aumentada actividad noradrenérgica central, y elevada actividad dopaminérgica en tronco cerebral (Charney et al, 1993).
- Elevación del número de receptores glucocorticoides (GRs) en los linfocitos, que correlaciona de forma positiva con la gravedad del TEPT (Yehuda et al, 1991).
- Exagerada supresión del cortisol con dexametasona (1 mg y 0,5 mg).
- Incremento del "feedback" negativo en el eje Hipotalámico-Hipofisario-Adrenal con aumento del número de GRS y disminución del cortisol plasmático.
- Disbalance en la secreción de noradrenalina y de opioides en el núcleo cerúleo (Burges Watson et al, 1988).

- Todo este perfil sugiere un patrón psicobiológico de evitación activa ineficaz, persistente y global parecido al de los sujetos fóbicos y obsesivos graves (Toates, 1990), una estrategia de control activo que se ha descontrolado por exceso de activación.

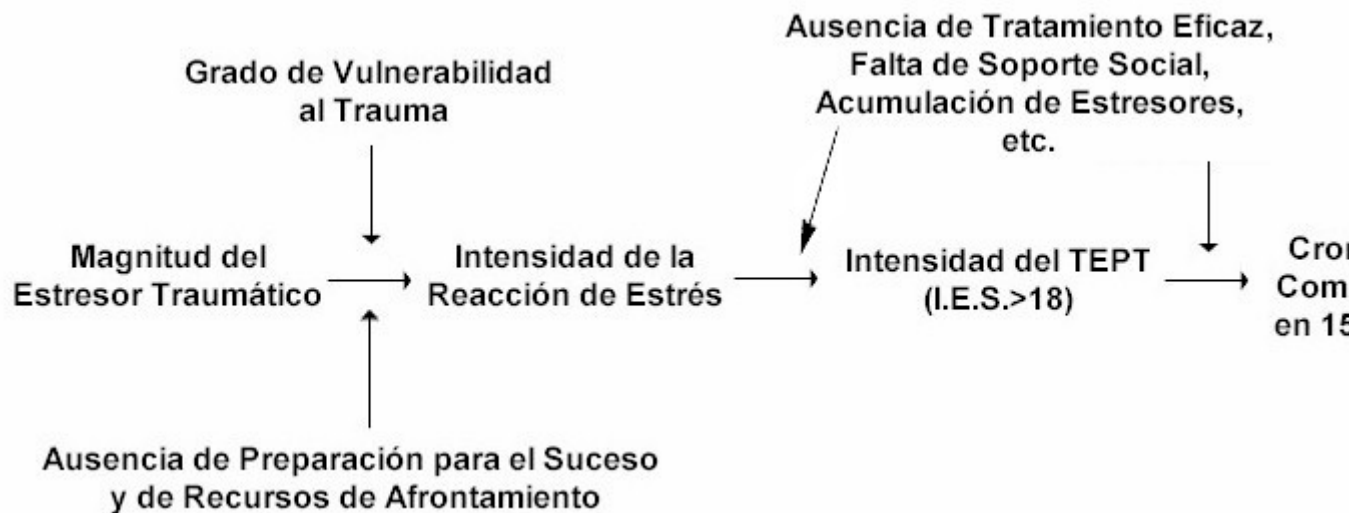
5. Curso y Factores de Riesgo

En el curso del TEPT se han descrito varias etapas evolutivas, como en el modelo de Horowitz (1979, 1986), con un posible estado final de resolución, más o menos completo y que puede incluir varias alteraciones permanentes en la estructura de personalidad. Dado que cada estresor traumático condiciona variaciones en el curso del trastorno, deberá prestarse especial atención a cada tipo de estresor (14):

1. Víctimas de agresiones sexuales: La violación es el único tipo de crimen que predice el desarrollo de TEPT: así el 57% de las víctimas lo desarrollan y a los 17 años el 16,5% aún lo padecen (Kilpatrick et al, 1989). Los principales factores de riesgo son:
 - a. Percepción de riesgo vital.
 - b. No existencia de relación amorosa previa.
 - c. Insatisfacción con el sistema judicial.
2. Víctimas de desastres accidentales provocados por el ser humano que estimulan mayor agresión y deseos de retaliación, además de los sentimientos de ansiedad, impotencia, culpa y depresión.
3. Víctimas de combate militar: Depende del grado de exposición a los combates, del número de experiencias traumáticas, de la presencia de antecedentes personales y antecedentes familiares psiquiátricos previos, bajo nivel socio-económico y cultural, y bajo soporte social postexposición.

Además, conviene tener en cuenta que en la fase aguda (de 1 mes) de desorganización o de impacto, destacan las manifestaciones emocionales y las reacciones somáticas; mientras que en el proceso de reorganización sobresalen los miedos más o menos generalizados, las inhibiciones y las conductas de evitación por un lado, y los síntomas psicofisiológicos y las alteraciones del comportamiento por otro. Ser mujer predice TEPT tras la exposición al trauma. El grado de malestar a los 6-21 días, predice el malestar a los 3 meses y este predice el malestar a los 4 años (Kilpatrick, Veronen y Best, 1985). Existen varios factores de cronificación del TEPT que se recogen en la figura siguiente:

TEPT FACTORES DE RIESGO DE CRONIFICACION



La I.E.S. es la Escala de Impacto de Estrés de Horowitz, Wilner y Alvarez (14): consiste en una escala autoaplicada de quince preguntas que tiene una buena validez diagnóstica (81,6), buena sensibilidad (91,7) y aceptable especificidad (61,8).

Además, es necesario subrayar la gran variabilidad de el curso longitudinal del TEPT, con formas denominadas agudas, diferidas, crónicas, intermitentes, residuales y reactivadas, por lo que se ha sugerido que en realidad se trata de un síndrome postraumático, más que una verdadera entidad nosológica. Algunas personas se recuperan a lo largo del tiempo (aproximadamente el 60% de ellos), mientras que en otros se produce una alteración progresiva del sistema de respuesta de estrés individual, con cronificación del trastorno. En este caso destaca la existencia de una hiperactividad simpática mantenida, hipocortisolismo y excesiva secreción del factor liberador de corticotropina, disfunción mnésica y recuerdos traumáticos recurrentes, entre otros.

6. La valoración de los estados traumáticos

Es esencial considerar el desarrollo evolutivo de los síntomas psíquicos y somáticos, su grado de variabilidad, la presencia de síntomas productivos, de déficits y la comorbilidad, así como los procesos patogénicos involucrados de daño neurobiológico y multisistémico.

¿Cómo se pregunta sobre los traumas? De forma gradual y con mucha delicadeza, pero hay que hacerlo. La angustia del clínico puede llegar a inhibirle cognitivamente hasta no poder pensar en la posibilidad de estar con una posible víctima de algún tipo de experiencia traumática, salvo cuando ya se ha objetivado y con frecuencia ya es demasiado tarde. Esta negligencia profesional de la mayoría de los clínicos, que no evalúan ni consideran la posible existencia de un TEPT, puede entenderse como consecuencia del impacto emocional que produce el sufrimiento del paciente, lo que debe considerarse característico del padecimiento de TEPT. Además del suficiente conocimiento sobre el TEPT, es necesario tener un adecuado autocontrol y equilibrio personal para poder hacer bien el examen del estado mental actual

del paciente y para poder hacer una buena gestión de este tipo de casos clínicos.

Para el paciente la entrevista supone una verdadera prueba de esfuerzo, le cuesta mucho hablar, duda y hace un relato incoherente, desordenado, que confunde. Además presenta fallos de memoria e impresiones sensoriales no organizadas pertenecientes a distintos momentos, lo que contribuye a generar más dudas sobre la veracidad de los hechos y de sus alteraciones clínicas, sobre todo cuando habla de dolores múltiples, vagos y cambiantes. Aunque estos pacientes no presentan un perfil clínico típico, las actitudes señaladas con anterioridad son bastante frecuentes en estos pacientes, al igual que cierta cualidad evitativa y temerosa o francamente paranoide, ofreciendo en cualquier caso intensas barreras para establecer contacto emocional y narrar el trauma.

Se propone empezar con preguntas sobre el estado de salud actual, enfermedades previas y acerca de los miembros de su familia. Luego se pueden hacer preguntas como las siguientes: ¿con quién te sientes bien?, ¿con quién puedes contar ante un problema?, ¿qué personas especiales (cariñosas) has tenido en tu vida?. Más tarde puede preguntarse por las normas y disciplina de su familia de origen, en que momento lo pasó peor, que fue lo que desea que no hubiese sucedido y que le sigue alterando cuando lo recuerda, etc. En los casos en que el paciente tiene muchas dificultades para hablar se le puede preguntar si quiere hacer un dibujo de su familia, de "aquello" que sucedió y no le gusta recordar, etc... Para no alargar el artículo en exceso se omite la exposición de las distintas técnicas psicométricas y biomédicas de valoración diagnóstica. Pueden consultarse varios textos recientes que desarrollan estos aspectos (15, 16, 17, 18).

7. Tratamiento

7.1. Consideraciones Generales

Con frecuencia se trata de casos difíciles de diagnosticar y de tratar eficazmente por varios motivos, así, por la propia naturaleza de la enfermedad, el enfermo trata de evitar todos los estímulos asociados al trauma, mientras que la terapia debe ayudarle a hacerles frente, por lo que moviliza intensas resistencias al tratamiento aunque busque ayuda por algunos síntomas. El terapeuta puede también aliarse con el enfermo en no pensar ni explorar el trauma.

El tratamiento recomendado actualmente para el TEPT incluye tres aspectos fundamentales: **psicoeducación** por los médicos de atención primaria durante las dos o tres primeras semanas tras la exposición al trauma, **tratamiento psicológico** y **tratamiento farmacológico** por los especialistas adecuados, sobre todo cuando tras este tiempo el paciente permanece muy angustiado, incapacitado funcionalmente, o aislado socialmente.

En los casos leves de TEPT se recomienda el uso de psicoterapia, y en los casos moderados o graves se considera mejor la combinación de tratamiento

farmacológico y psicoterápico, por lo menos durante un periodo de doce meses, con necesidad de realizar seguimiento posterior del caso (19).

Es esencial el tratamiento de los trastornos médicos y psiquiátricos asociados, sean del Eje I, o del Eje II como el trastorno de personalidad postraumático. En todos estos casos el tratamiento debe ajustarse a las necesidades de cada persona, con inclusión de psicoterapia individual, terapia de familia, y fármacos estabilizadores del ánimo. La psicoterapia dinámica de grupo proporciona una buena oportunidad para reconstruir y dominar el trauma, igual que para el tratamiento del TEPT. Las intervenciones psicodinámicas grupales aplicadas precozmente previenen o mejoran el desarrollo de estados crónicos. Específicamente, la psicoterapia dinámica considera las estrategias de evitación como formas patológicas de defensa, apoya un afrontamiento activo orientado a la identificación y resolución de problemas, y trata de lograr confrontaciones tolerables con sentimientos de recuerdos dolorosos. Las aproximaciones dinámicas, como las intervenciones cognitivo-conductuales, pueden reducir la intensidad de los síntomas característicos del TEPT, aunque en los casos graves es recomendable asociar tratamientos farmacológicos, es decir utilizar tratamientos integrados, como luego veremos.

Técnicamente el terapeuta ha de ser especialmente respetuoso con el paciente para que este no se sienta invadido sino cuidado, y a la vez ha de funcionar como un "Yo auxiliar" que de forma activa le ayude a discriminar entre emociones y situaciones, entre actitudes y consecuencias, etc, así como a pensar los afectos, las creencias y las conductas de forma integrada.

Dentro de la función de cuidado o de adecuada contención terapéutica resalta la importancia de **la legitimización de la queja** como consecuencia del daño traumático, y de las emociones negativas derivadas de éste (rabia, terror, vergüenza, etc). Hay que ayudar al paciente a reconocerlas y a utilizarlas de forma adaptativa como señales de alarma ante peligros internos y externos. El trabajo terapéutico con torturados y supervivientes de campos de concentración pasa por el cuestionamiento de los conceptos tradicionales de neutralidad y por no tratar de aplicar una teoría a una práctica de forma normativada o depersonalizada. Hay que habilitar un espacio interpersonal humano para que circule la palabra y evitar, por parte del terapeuta, la fascinación o la paralización por el horror, que impediría trabajar en la recuperación de las personas dañadas a través de la reparación de los vínculos rotos y de la quiebra de los ideales personales y colectivos.

El grupo internacional de trabajo sobre TEPT recomienda en el año 2000 los siguientes pasos fundamentales:

1. En los primeros días tras sufrir el trauma, educar a las víctimas sobre la respuesta normal de estrés y animarlas a hablar sobre su experiencia a familiares y amigos.
2. Durante las dos semanas siguientes, proporcionar a las víctimas una o dos sesiones de "counseling" para ayudarlas a hacer frente a su estrés y a crear una sensación de seguridad y evaluar la necesidad de intervenciones especializadas

3. Se considera que cuatro noches con sueño alterado es el umbral para recomendar un hipnótico no benzodiacepínico.
4. Si a la tres semanas no hay una mejoría clínica apreciable, prescribir tratamiento farmacológico para el TEPT o referir al paciente a un psiquiatra.
5. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son el tratamiento de elección para el TEPT
6. Las benzodiacepinas suelen ser ineficaces en el TEPT e incluso pueden empeorar el estado clínico de los pacientes
7. Mantener el tratamiento farmacológico en la mayoría de los pacientes por doce meses o más si es necesario
8. Referir al psiquiatra a aquellos pacientes que son refractarios a los tres meses del tratamiento farmacológico inicial y a aquellos con trastornos comórbidos que complican el TEPT (20)

7.2. Psicoterapia dinámica

La psicoterapia psicodinámica de los pacientes con TEPT es un verdadero reto para el terapeuta ya que aunque es un trabajo muy gratificante también hay momentos muy angustiosos y dolorosos.

Además de que el trauma debilita las defensas de carácter e intensifica los conflictos previos, la crisis personal que induce puede también ser una nueva oportunidad de resolverlos

Desde Freud varios autores han contraindicado el psicoanálisis para los pacientes con TEPT (como Valker y Nash, 1981), pero no así las psicoterapias dinámicas derivadas del psicoanálisis. En todas ellas es esencial el trabajo de construir una buena alianza terapéutica a través del cuidado del encuadre y de la interpretación de las resistencias derivadas de una predominante transferencia negativa. La defensa hostil-paranoide se configura como baluarte protector de una intensa fragilidad personal. En general, el sufrimiento del paciente es el principal factor motivador del cambio interno, una verdadera rehabilitación emocional, en la que lo fundamental es el aprendizaje.

A nivel contratransferencial es fundamental no funcionar como "hadas buenas que son la fuente de todo bien" para unos pacientes tan dañados, estimulando fantasías regresivas y una excesiva idealización de los terapeutas como figuras mesiánicas, lo que en definitiva inhibe el desarrollo emocional de los pacientes.

Para el terapeuta otro riesgo técnico es mantenerse también secuestrado por el pasado traumático en vez de afrontar la realidad actual.

Hay varios trabajos publicados en los últimos años (Lindy, Green, Grace, Titchener, 1983), Ochberg, 1988, Rose, 1991, Armstrong, O'Collaham y Marmar, 1991, Marmar, Weiss y Pynoss, 1995) que concluyen que la psicoterapia psicodinámica puede ser una técnica efectiva de tratamiento de los pacientes con TEPT. En todos estos estudios se resaltan algunos aspectos esenciales (21, 22):

1. **Establecer una sólida alianza terapéutica** y anticipar la reactivación de experiencias traumáticas, cuando sea previsible que ocurra, de forma que el análisis sea un espacio de seguridad en el que "la relación real" con el analista es también muy importante en relación directamente proporcional a las carencias reales de apoyo precoz (Couch, 1980), como marco o continente terapéutico a partir del cual pueda crecer la alianza terapéutica

2. **"Dosificar la transferencia"**, según decía con frecuencia Masud Khan, con legitimación e interpretación de sus fantasías inconscientes por las experiencias traumáticas previas, como sus intensos sentimientos de suspicacia y desconfianza, o los de rabia y vergüenza cuando el analista tampoco satisface sus necesidades, sino que interpreta sus deseos para ayudarle a hacerse cargo de ellos y a desarrollarse mentalmente

3. **"Restablecer la conexión entre las funciones psíquicas disociadas"** como formulaba Rycroft en 1962, es decir, ayudar a disminuir la disociación. Construir una narración personal continua, que integre vivencias emocionales y acontecimientos interpersonales históricos, permite reforzar la identidad del paciente aunque este trabajo suele asociarse a la intensificación de la ansiedad. En este momento es muy importante ayudarle a elaborarla, sin interrumpir el tratamiento ni tener complicaciones somáticas graves o conductas de riesgo, lo que se puede lograr con técnicas auxiliares como relajación, medicación, etc, administradas por otros profesionales que constituyan un equipo de trabajo con el analista.

4. **Facilitar el desarrollo de la capacidad analítica** a través de hacer "interpretaciones mutativas" como describe Strachey (1969), por el enlace de los sentimientos presentes, los objetos parentales y la figura del analista, para poder hacer discriminaciones más adecuadas de la realidad, y poder hacer verdaderamente nuevas relaciones de objeto, es decir, lograr una profunda reorganización personal. Estos parámetros procuran adaptar la cura psicoanalítica a las específicas condiciones de estos pacientes. Así por ejemplo el silencio del terapeuta es inadecuado casi siempre al intensificar la transferencia negativa

5. **Apoyar la autonomía y asertividad del paciente**, gravemente limitadas por el impacto del trauma

6. **El conflicto sobre la agresividad y la culpa** que subyace al terror y a la angustia, sea dirigido hacia sí mismo o hacia los demás, con gran probabilidad de perder el control y mantener diferentes conductas de riesgo (adicciones, promiscuidad sexual, autolesiones, etc)

7. **La compulsión a la repetición** resulta de varias defensas que es necesario identificar e interpretar lo antes posibles: transformación de la pasividad a la actividad, desplazamiento, externalización, actuación y proyección. La repetición puede tener lugar de dos formas diferentes: el trauma puede repetirse realmente en cualquier momento, o bien de forma simbólica el paciente puede sentir así sus relaciones con los demás

8. **Transferencia y contratransferencia**. Al predominar la transferencia negativa el terapeuta suele ser vivido como incapaz de proteger al paciente, frustrante y agresivo o abandonador. La contratransferencia

puede experimentarse como agente de daño (violador, torturador, etc), o bien como víctima por identificación con el paciente. En este sentido el terapeuta puede experimentar muchos aspectos de la experiencia de la víctima: incapacidad, vergüenza, odio, etc.

9. Relación con las instituciones sociales de justicia, sanidad, asistencia social, etc

Desde la Teoría de la Crisis (Caplan, 1961) se hacen recomendaciones asumidas en la mayoría de las demás técnicas :

1. Iniciar el tratamiento de forma precoz ya que las formas agudas tienen mejor pronóstico que las crónicas o aplazadas.
2. El tratamiento debería ser un tratamiento lo más breve posible y mantenerse orientado a la situación traumática y a las reacciones de los enfermos a la misma, a fin de ayudarles a recuperar el nivel de funcionamiento previo al trauma.
3. El tratamiento debe individualizarse teniendo en cuenta las necesidades de cada enfermo.
4. Diseñar un tratamiento integrado, utilizando diferentes tipos de tratamiento.
5. La primera tarea del tratamiento es crear una relación de trabajo de confianza y seguridad, habitualmente denominada alianza terapéutica, basada en la confianza personal y en el respeto mutuo.
6. Reducir los síntomas aversivos por las técnicas más eficientes: medicación y aprendizaje de recursos como relación, identificación y resolución de problemas, etc.
7. Reducir los síntomas de evitación.
8. Reducir los síntomas somáticos y mejorar la calidad de vida del enfermo.
9. Potenciar los recursos sanos del enfermo.

Apoyándose en las teorías psicoanalíticas clásicas, Horowitz (1974, 1976) propone una aproximación dinámica al tratamiento de estos enfermos que denomina "terapia psicodinámica orientada a la crisis" o "tratamiento orientado a la fase" de la enfermedad, según el modelo conceptual que ha desarrollado. Este autor destaca que en la experiencia traumática hay un exceso de información emocional que desborda las capacidades individuales de elaboración, por lo que el organismo sufre "ataques de emoción" como reexperiencias intensas del trauma o bien se desorganiza y se bloquea y con frecuencia oscila entre estos estados de forma alternativa. Para Horowitz lo esencial es ayudar a facilitar y completar el procesamiento de la información de estos paciente, que fluctúan entre estados de relativo descontrol y de control excesivo. Lo prioritario es proteger al pacientes del suceso traumático y ayudarle a estabilizarle con reducción de la amplitud de las oscilaciones postraumáticas a nivel tolerable. Por esto es fundamental adecuar "la dosis" de experiencia emocional a la capacidad de elaboración mental que tiene cada paciente en cada momento, hasta que este logre tener control sobre la experiencia interna del trauma. Para lograrlo, Horowitz pregunta a sus pacientes detalles sobre sus vivencias traumáticas (estimulando la función percepción) y les propone hablar de sus asociaciones para reforzar su capacidad de representación, a la vez que les ayuda a buscar otras soluciones a sus intolerables problemas. Si predomina el control excesivo y el bloqueo

emocional, Horowitz propone preguntar a los pacientes sobre sus emociones y sensaciones para ayudarles a reconocerlas y aprender a contar con ellas (14).

7.3. La psicoterapia psicodinámica de grupo

Puede ser un método eficiente de tratar a los pacientes que sufren TEPT. El grupo permite hacer un aprendizaje emocional en la relación interpersonal directa en pacientes que tienden al aislamiento social, con vivencias intensas de soledad y alienación, desbordados por sentimientos de incapacidad y de vacío personal (23, 24, 25, 26, 27). El mundo interno de estos pacientes se encuentra empobrecido de deseos y de relaciones de objeto motivadoras: el trauma ha destruido incluso el recuerdo de los objetos buenos previamente internalizados y altera retroactivamente las representaciones de objeto, lo que condiciona las futuras relaciones de objeto. Por todo ello, la psicoterapia dinámica de grupo proporciona una específica oportunidad de encuentro interpersonal seguro y mutuamente regulador.

En estos grupos es importante que el liderazgo sea compartido por los pacientes como protagonistas activos de su recuperación. El terapeuta debe tratar de hacerse lo más invisible posible para que ellos se relacionen entre sí y no facilitar su idealización como "la fuente nutricia de todo bien". Las interpretaciones facilitarán la transformación del "paciente" en "agente", a través del reconocimiento de su trabajo creativo emocional en el aquí y ahora de la relación y de la historia personal. Se trata de minimizar el riesgo de meterse en el pasado como forma de huida de la realidad actual y, en definitiva, como otra nueva oportunidad perdida si no está al servicio del aprendizaje emocional de la experiencia de encuentro real. Esta experiencia emocional vital les permite sentirse vivos dentro de "uno mismo" y crear el sentido de una existencia nueva, estabilizarse, y asumir el control de sus vidas en vez de aumentar la dependencia del grupo, la intensidad de sus frustraciones y en definitiva ir abocados a un nuevo fracaso. Dados los defectos de autoregulación emocional que presentan estos paciente, y que son los que les mantienen prisioneros del trauma, cobra especial importancia la regulación interpersonal mutua que se produce en el intercambio grupal directo y múltiple, cara a cara, con gestos y con palabras, a través de todos los canales sensoriales hiperactivados. Aunque luego se presenten esquemáticamente algunas consideraciones teórico-clínicas sobre nuestra experiencia en el tratamiento grupal de estos pacientes, subrayemos ahora que son extraordinariamente sensibles a las emociones expresadas por los demás, son muy intuitivos y son capaces de sintonizar con extraordinaria sensibilidad con los compañeros del grupo, aunque les cueste mucho más hacerlo con ellos mismos. Su "ceguera" emocional interna se acompaña de una especial agudeza emocional interpersonal, una vez que se vencen sus resistencias iniciales a la vinculación grupal. Aunque huyendo de sí mismos en el otro, acaban por encontrarse consigo mismos a través del otro, fiel espejo que hace posible la operación de reencuentro o rescate personal.

En todas las técnicas psicoterápicas conocidas se recomienda estimular a las víctimas a expresar los recuerdos del trauma y las emociones negativas asociadas, aunque transitoriamente suelen exacerbarse los síntomas clínicos

de los enfermos e incluso estos pueden interrumpir prematuramente el tratamiento por este motivo. En efecto, la reexperimentación puede actualizar las vivencias traumáticas de forma yatrógena y aumentar la sensibilización del paciente a nuevos y viejos estímulos estresantes. ¿Cómo lograr desensibilizarle?. ¿Cómo ayudarlo a ganar control personal?. Lo fundamental es que en el tratamiento pueda tener lugar la experiencia y la expresión de la emoción, en vez de evitarla, durante un tiempo suficiente (en cada sesión y en el tratamiento suficientemente duradero), en un espacio de seguridad y respeto en el que es posible el aprendizaje de la experiencia emocional traumática y la consecución de una verdadera "experiencia emocional correctora" o mejor reparadora del daño experimentado, a través del logro de la repetida experiencia de satisfacción del deseo de conocimiento, de placer, y de bienestar personal.

En la psicoterapia del TEPT el enfermo es protagonista coresponsable de su tratamiento, orientado a la asunción de su realidad psíquica y de la realidad de los acontecimientos vividos, y a salir de la situación de dominio perverso.

Diferentes autores han destacado algunos aspectos principales:

1. Crear un vínculo terapéutico de confianza y respecto mutuo.
2. Identificar las estrategias perversas.
3. Discriminar la vulnerabilidad propia de la agresión externa.
4. Verbalizar la ira retenida.
5. Elaborar los sentimientos de culpabilidad: no culpar a la víctima y legitimizar la queja.
6. Sustraerse al sufrimiento a través de un verdadero trabajo de duelo y de crecimiento personal.
7. Curarse significa reunificar los aspectos disociados, aprender a proteger su autonomía y a rechazar los ataques contra su autoestima: supone una reestructuración de la personalidad y construir una nueva relación con el mundo. La conciencia lúcida de las limitaciones personales permite desarrollar aptitudes creativas latentes.

Dada la complejidad característica del TEPT se pueden conseguir los mejores resultados integrando diferentes procedimientos técnicos, tales como los siguientes:

- Técnicas de relación, para reducir el nivel de estrés psicofisiológico.
- Reestructuración cognitiva, autoafirmación personal y adquisición de habilidades sociales.
- Psicoterapia dinámica, con integración del análisis de los conflictos personales y de los interpersonales, y su reelaboración progresiva, para lograr una profunda reorganización mental.
- Otras técnicas, psicofármacos, hipnosis.
- Ninguna terapia única es totalmente eficaz, ni puede evitar al enfermo el trabajo de reparación y crecimiento emocional.

7.4. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico aislado no es suficiente para aliviar el sufrimiento de los enfermo con TEPT. Es útil identificar síntomas diana para seleccionar el tratamiento adecuado, como intrusiones, ansiedad, depresión, trastornos del sueño, etc. Esto previene un mayor deterioro del enfermo, aumenta la sensación de control sobre sus vidas y con frecuencia facilita el trabajo psicoterápico. Así en caso de depresión mayor asociada es conveniente utilizar medicación antidepresiva, en especial los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), evaluar el riesgo de suicidio, asegurar el cuidado adecuado del paciente y la realización del tratamiento prescrito (28, 29, 30, 31).

Pero además, al conocerse las bases neurobiológicas del TEPT, es posible hacer un uso racional de medicamentos que regulan los sistemas fisiológicos alterados del trastorno. Así, la excesiva activación autonómica de estos paciente puede reducirse con clonidina y betabloqueantes y potenciando el sistema gabaérgico a través de estabilizadores del ánimo como carbamazepina o gabapentina. De estas formas es posible disminuir la tendencia a reaccionar en exceso "como si" estuviera repitiéndose el trauma original.

En los casos moderados y graves se recomienda el tratamiento integrado del TEPT porque los diferentes síntomas que conforman este complejo trastorno resultan de diferentes procesos mentales a lo largo del tiempo, y en fases sucesivas, por lo que es fundamental tener en cuenta las interacciones entre los distintos tratamientos, así como las posibilidades de integración.

En todos los casos es conveniente tener en cuenta:

1. La intensidad de las resistencias del enfermo al tratamiento.
2. El sufrimiento que implica revivir una realidad emocional tan dolorosa y el riesgo de retraumatización yatrogénica.
3. El dramatismo de la repetición del trauma en la transferencia (idealizada, persecutoria, etc).
4. La importancia de la contratransferencia del terapeuta (no preguntar, no poder tolerar acontecimientos tan terribles, sobreproteger, etc) que condiciona el pronóstico del paciente.
5. Un adecuado tratamiento farmacológico facilitará la comunicación y el progreso del tratamiento: farmacoterapia y psicoterapia se potencian entre si de forma complementaria.
6. El enfermo colaborará de forma activa en el tratamiento, lo que contribuirá a aumentar su autoeficacia o maestría personal: frente a la pérdida de control de la experiencia traumática, en la que el enfermo se sintió como si fuera una cosa. La principal característica del vínculo terapéutico será la de tratarse de una relación interpersonal voluntaria de confianza y respeto mutuo.

Tener en cuenta el riesgo real de traumatización vicaria, cuando se da una identificación patológica del terapeuta con la experiencia traumática del enfermo.

En relación con el tratamiento farmacológico del TEPT es conveniente tener en cuenta:

1. No existe una "píldora mágica" disponible en la actualidad.
2. Friedman recomienda una combinación de tratamientos dirigidos a específicos grupos de síntomas (32):

1°.- Antidepresivos tricíclicos(ADT) o inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOS) para los síntomas de reexperimentación como intrusiones y pesadillas, tras un mínimo de 8 semanas de tratamiento.

2°.- ISRS para síntomas de embotamiento y de evitación.

3°.- Agentes antiadrenérgicos para los síntomas de hiperactivación fisiológica.

3. Los ISRS pueden ser útiles para varios síntomas como: hostilidad, impulsividad, ideas suicidas, y conductas adictivas, además de los de ansiedad y depresión.

4. La buspirona actúa como los ADT e IMAOS.

5. El litio reduce los síntomas de hiperactivación fisiológica.

6. Las benzodiazepinas pueden coadyuvar durante un tiempo limitado al control de los síntomas de ansiedad, insomnio y pesadillas, sobre todo las de mayor potencia, aunque en la serie de Gelpin et al (1996) el grupo tratado con benzodiazepinas presentó mayor incidencia ulterior de TEPT.

7. Los enfermos con TEPT tienen una baja tasa de respuesta a placebo: entre el 5-17% de pacientes.

8. El efecto limitado de los distintos tratamientos se asocia positivamente con la duración del trastorno.

9. En los distintos ensayos clínicos no se han obtenido respuestas muy buenas a ninguna medicación simple, con un tamaño de efecto máximo de 0.70 para fenelzina, de 1.12 para fluoxetina, y de 0.71 para brofaromina, todos ellos en comparación con placebo. En otros ensayos aleatorios resultaron efectos negativos.

10. Con la excepción de un estudio los IMAO son efectivos reductores de los síntomas de TEPT, aunque son fármacos con ciertos riesgos, en especial para estos enfermos.

11. Los ADT ayudan a reducir los síntomas de reexperimentación, pero en conjunto no son tan eficaces como los ISRS y los IMAOS.

12. De los anticonvulsivantes la carbamazepina reduce los síntomas de reexperimentación y de activación fisiológica, mientras que el valproato mejora el embotamiento y los síntomas de evitación.

En estudios controlados y a doble ciego, hasta la actualidad se recomienda el tratamiento orientado a los principales síntomas del trastorno:

1. **Las intrusiones** mejoran de forma significativa con imipramina y con fenelzina.

2. **La evitación y el embotamiento** mejoran de forma significativa con amitriptilina y con ISRS.

3. **La hiperactivación y la impulsividad** mejoran de forma significativa con alprazolán, con ISRS y con fenelzina.

4. En estudios abiertos y comunicaciones de casos, **las alteraciones del sueño** ha mejorado con los fármacos siguientes: buspirona,

fluvoxamina, trazodona, nefazodona, zolpidem y alprozolan, entre otros (33, 34, 35).

7.5. Tratamiento cognitivo-conductual

Se han propuesto técnicas de:

1. Inoculación de estrés.
2. Entrenamiento en relajación y desensibilización sistemática.
3. Inundación imaginaria y terapia de implosión.
4. Ensayo conductual.

Con estas técnicas se han constatado resultados positivos, sobre todo en casos agudos y no complicados, al permitir diseños cuasi-experimentales con grupos control (32, 33, 34).

1. **Entrenamiento en inoculación de estrés:** Desarrollada por Meichenbaum (1975) integrando técnicas cognitivas y conductuales. Las técnicas son:

1° psicoeducación, con la mayor participación posible del enfermo sobre vulnerabilidades y posibilidades de control relativo del estrés personal de forma responsable.

2° aumento de los recursos de afrontamiento (instrumentales y emocionales) para identificación y resolución de problemas orientados a controlar sentimientos de incapacidad, desesperanza y desmoralización; incluye el aprendizaje de técnicas de relajación muscular, "role-playing", parada del pensamiento y auto-diálogo dirigido. Se trata de aprender a reconocer y controlar emociones negativas, como la ira, planificando nuevas alternativas más adaptativas.

3° apoyar a las personas a trabajar con sus propios medios para protegerse a si mismos, desarrollar sus propios recursos y autoregularse a fin de aumentar el control personal.

2. **La desensibilización sistemática** incluye el aprendizaje de distintas técnicas de relajación que se aplican tras exponerse a los recuerdos del trauma durante 30 minutos cada día. Se construye una jerarquía de miedos y un plan de trabajo a realizar en su casa de forma individual o en pares de pacientes con el mismo trastorno.

3. **El ensayo conductual** incluye entrenamiento en relajación y la práctica de exposición en vivo dos veces al día durante dos a cinco semanas.

4. **Terapia implosiva o de inundación** en imaginación seguida de entrenamiento en relajación.

La mayoría de estudios publicados concluyen que los **tratamientos cognitivo-conductuales** son efectivos en el TEPT. Incluyen: entrenamiento en inoculación de estrés, terapia de exposición y tratamiento cognitivo, todos ellos focalizados sobre el estresor traumáticos. La tasa de abandono de estos tratamientos está alrededor del 20%, igual que en otros trastornos de ansiedad.

En los casos graves de TEPT se encuentra una alta tasa de resistencia y de abandono de los distintos tratamientos, sobre todo si no se inician de forma precoz. En este sentido conviene tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. El 70 - 85% de toda la población traumatizada se llega a recuperar, lo que orienta hacia la importancia de los factores individuales de protección y de vulnerabilidad al estrés, así como de los factores situacionales (soporte social).
2. El TEPT es un trastorno de etiología compleja, multideterminado por factores individuales de vulnerabilidad como los de tipo genético, traumatización previa, existencia de trastornos mentales previos, y una crianza inadecuada, entre otros.
3. El tiempo previo de evolución del TEPT, con una "ventana de oportunidad" para todas las intervenciones precoces, sobre todo durante los primeros 6 meses postrauma.

7.6. Tratamiento de familia y pareja

Con frecuencia los familiares del enfermo con TEPT son negativamente afectados dado el deterioro en su funcionamiento interpersonal y también sus alteraciones, esto afecta negativamente la evolución del TEPT. Así en las esposas de los veteranos norteamericanos de la guerra de Vietnam, se han detectado mayores tasas de depresión, somatización y otros trastornos relacionados con el estrés.

8. Conclusiones

Desde la perspectiva constructivista cada persona es el principal artífice que da sentido a sus experiencias vitales estresantes, mientras que fracasa cuando se trata de experiencias traumáticas. En este último caso esta "tarea pendiente" y el "daño psicobiológico" que caracteriza el TEPT demanda una intervención terapéutica orientada tanto a la reparación de los sistemas psicobiológicos afectados y al alivio del sufrimiento personal, como al procesamiento de la información que no ha podido ser procesada de forma satisfactoria.

La gran variabilidad de los recursos adaptativos refleja diferencias individuales de personalidad previa, que condicionan no solo la forma de presentación de los síntomas, sino el grado de vulnerabilidad para enfermar.

Según estudios epidemiológicos de TEPT en población general, se puede concluir que es alta la frecuencia del no reconocimiento, del mal diagnóstico y del tratamiento inadecuado de este padecimiento en la actualidad. La queja principal de los pacientes con TEPT es que ellos no se sienten comprendidos por sus familiares y amigos, ni tampoco por los médicos, psicólogos y psiquiatras, quienes les hacen recomendaciones ineficaces y dañinas, en general, por ignorancia acerca de este trastorno. Este constituye un tipo característico de respuesta psicobiológica al estrés traumático y en ningún caso consiste en una debilidad de carácter ni en un fracaso personal, sino que se trata de una **compleja enfermedad sistémica**, muy prevalente en población general, entre los enfermos psiquiátricos y entre los que se tratan por otros médicos no psiquiatras.

Más allá de que el TEPT sea una verdadera entidad nosológica o un mero síndrome clínico, preferimos considerar el TEPT como un importante mediador etio-patogénico de varios trastornos mentales, sean del Eje I o del Eje II, capaz también de inducir intensas respuestas contratransferenciales entre los profesionales que les tratan. ¿Los síntomas clínicos del TEPT se pueden comprender?, ¿se pueden explicar?, o ¿se pueden interpretar?. Los síntomas primarios reflejan la gravedad de la desorganización psicobiológica que sufren, de ahí sus grandes necesidades de dependencia, de cuidado y del adecuado estímulo externo para poder hacer un trabajo eficaz de reintegración a través de palabras dotadas de sentido y para ganar autocontrol y creatividad personal. En vez de intentar satisfacer sus necesidades de dependencia es mejor ayudarles a aprender de su experiencia emocional propia, en tanto que feliz logro de su trabajo realizado en el grupo. Lo esencial es aprender a tomar conciencia y a pensar en uno mismo, autoobservarse, cuidarse, y poder utilizar de nuevo los afectos como instrumentos vitales y no de muerte como ocurrió en el trauma. Lo importante es el trabajo de elaboración interna en una relación de confianza y de seguridad, no eliminar el síntoma ni "arrancar esa página de mi vida", hasta poder sentir de nuevo las emociones negativas en vez de la destrucción de la capacidad de sentir. Recordar el trauma solo es terapéutico se si asocia a la reviviscencia del afecto experimentado en su origen, porque la falta de descarga del afecto, o mejor, su procesamiento cognitivo-afectivo incompleto o inadecuado, mantiene el recuerdo traumático de forma patógena. Aunque la mayor parte de los estudios están realizados en Estados Unidos y en países anglosajones el TEPT sigue siendo un importante problema de salud pública, especialmente entre grupos de riesgo constituidos por las personas más vulnerables al estrés (niños y adolescentes, mujeres de bajo nivel económico y cultural) y que están más expuestos a más factores de riesgo tales como la guerra o la violencia criminal y sexual. En los países desarrollados la exposición a acontecimientos estresantes extremos es mucho más frecuente de lo que se creía, de forma que la negación del riesgo, además de patológica, es patogénica porque media en conductas de riesgo: vivimos en permanente riesgo de exposición a traumas y es conveniente renunciar a la general ingenua creencia defensiva de invulnerabilidad personal y de bienestar social. El conflicto predomina sobre la concordia, el odio egoísta y torpe domina a la capacidad amorosa y creativa de la humanidad.

También se han descrito algunos síntomas y consecuencias positivas postraumáticas, como son una cierta sensibilidad residual a los estímulos estresantes, un mayor juicio de realidad más consolidado con menos optimismo ingenuo y más conciencia de los límites y vulnerabilidades personales. Vivir implica ciertos riesgos a pesar de los intentos para aumentar el control sobre el mundo y porque las personas podemos ser peligrosas a veces. Vivir supone un reto que permite el desarrollo de estrategias adaptativas de afrontamiento de forma flexible y variada, discriminando y aceptando a los demás como seres diferentes. La adaptación creativa al medio incluye procesos de asimilación y de acomodación, es decir de un complejo intercambio no exento de asimetrías, violencias, y a veces hasta de crueldad.

9. Tratamiento Psicoterápico de Grupo en el estrés postraumático

En este punto se consideran los movimientos más destacados, observados en un grupo de estrés postraumático de más de dos años de duración, y se incluye una sesión de dicho grupo. Actúa como terapeuta Carlos Mingote y como coterapeuta Begoña Machó y como observadoras Irene Isla, Alicia Perris y Raquel Díez.

9.1 Experiencia del trabajo de grupo

A través de nuestras experiencias hemos podido apreciar que la psicoterapia de grupo proporciona a los pacientes que sufren estrés postraumático el método más idóneo para optimizar los resultados terapéuticos.

El grupo de estrés postraumático del Hospital 12 de Octubre inició su andadura en el mes de Febrero de 1999. Desde su comienzo fue concebido como un grupo abierto y hasta la fecha ha ido pasando por distintas fases.

En la fase inicial los pacientes se muestran curiosos e inundados de temores paranoides. Ponen de manifiesto una marcada tendencia al rechazo de las personas y a la soledad, aun sabiendo que este aislamiento y el sentimiento de venganza que sienten por todos aquellos que les han hecho daño, les impide querer y ser queridos.

A medida que se van sucediendo las sesiones, los miembros del grupo van narrando su historia personal. Encuentran con sorpresa muchas semejanzas entre ellos, aunque con algunas diferencias que les ayudan a individualizarse.

El terapeuta les presenta las sesiones como un punto de encuentro con otras personas que también sufren, lugar donde pueden compartir sentimientos y actitudes, además de aprender unos de otros y todos juntos de sus experiencias, con la ayuda de los terapeutas.

Uno de los miembros del grupo surge como portavoz del sentimiento de todos. Sienten la necesidad de un diálogo positivo. Se dan ánimos unos a otros, aunque algunos reconocen que no se sienten capaces de vencer su trauma.

Se pone de manifiesto la necesidad de apoyo y dependencia, los sentimientos de indefensión y desesperanza aprendida, que les conduce a una búsqueda de control sobre la situación angustiosa que padecen. Dudas sobre si serán capaces de salir adelante son expresadas, siendo la función principal del grupo en esta fase la de supervivencia. El sentimiento de unión del grupo es la respuesta a estas dudas.

La búsqueda de apoyo interpersonal y la cohesión del grupo se hacen patentes a través de los consejos que intercambian los pacientes, aunque cada uno de ellos crea que no es la persona más indicada para darlos. En ocasiones, se observa cierta disonancia al hablar de forma egoísta de la importancia que tiene para cada uno de ellos su propio problema.

A medida que pasa el tiempo se respira un aire más distendido en algunos momentos de las sesiones. Se tratan temas muy diversos. Coinciden en la

influencia de la educación que han recibido, en su forma peculiar de abordar las diversas situaciones que se han presentado en sus vidas.

La baja autoestima es otro de los focos de trabajo en el grupo. Los pacientes aprecian las cualidades, valores y progresos de los otros, pero son incapaces de reconocerlos en ellos mismos. Aprender a valorarse y a utilizar sus capacidades para salir adelante es uno de los objetivos de la terapia.

El tema de la muerte aparece con frecuencia en las sesiones. Unos han tenido intentos de suicidio en los que la muerte es vivida como la única vía de escape posible para huir del sufrimiento, otros se han encontrado involuntariamente cerca de la muerte por accidentes, enfermedades, operaciones... Los que han tenido estas experiencias consideran la muerte una sensación placentera, agradable. El riesgo de suicidio en algunos pacientes del grupo se hace patente a lo largo de la terapia. En estos casos la actitud de apoyo y ayuda del grupo se pone de manifiesto de forma activa.

Una paciente con numerosos intentos de suicidio afirma que aunque se sigue encontrando muy mal, no sabe que será de ella el día que el grupo termine.

Después de 6 meses de trabajo se han establecido fuertes lazos de amistad entre los miembros del grupo.

En una segunda fase el grupo manifiesta el sentimiento de odio que les une frente al resto del mundo.

El terapeuta les habla de la necesidad de integrar y reconducir ese odio para que no les haga tanto daño, aceptándolo, y también de ser capaces de reconocer las cualidades positivas que tiene el grupo de ayuda mutua y de expresión de sentimientos positivos.

Una paciente mediante una carta dirigida al grupo escribe sobre el cariño y la admiración que siente por cada uno de sus compañeros. Todos esperan, con la ayuda del grupo, poder salir adelante. Aparece el temor a que la terapia pueda finalizar. Expresan su necesidad de ayuda. El terapeuta les tranquiliza. Las sesiones continuarán con el fin de que entre todos puedan construir una plataforma sólida para andar sin que el terror a caerse de nuevo les paralice, como hasta ahora. El vínculo de confianza y trabajo se ha hecho explícito en esta segunda fase.

Los temas tratados en las sesiones giran en torno a la problemática de cada uno de los pacientes, quienes expresan su sufrimiento y la intensa rabia acumulada que les inunda. Se consideran peligrosos; sienten que en ocasiones no logran autocontrolarse. Temen que sus reacciones sean desproporcionadas ante los hechos que les acontecen y puedan descontrolarse.

En el grupo todos se interesan por los problemas que otros exponen; tratan de aportar soluciones; se animan a luchar, y reconocen que es el único sitio donde pueden hablar confiadamente y se sienten contenidos es en la terapia de grupo.

Los mecanismos de defensa que emplean son diversos. Algunos se defienden del temor a que les hagan daño aislándose del medio, lo que les produce sufrimiento, y crean un círculo vicioso que les impide dar una respuesta asertiva que les ayude a sentirse mejor con ellos mismos. El aislamiento y el vacío interior hace que algunos pacientes recurran a la ingesta compulsiva de comida para calmar su angustia. En ocasiones utilizan el desplazamiento para defenderse de los sentimientos de rabia e impotencia. Otros utilizan como defensa el sentido del humor para defenderse del dolor. Todos los mecanismos que utilizan para defenderse de sus miedos y angustias son respetados por cada uno de los componentes del grupo.

Si un miembro del grupo logra posicionarse adecuadamente y da una respuesta asertiva a la situación, recibe la aprobación y el reconocimiento de los demás. En algunas ocasiones se sienten culpables de haber logrado ser asertivos.

Cuando el sentimiento de envidia ha aflorado en algún paciente, al ver que sus compañeros progresan y él se encuentra incapaz de progresar en su lucha contra el trauma, amenaza con destruir al grupo y abandonarlo, según el modelo de ataque-fuga de Bion.

El trauma borra los límites entre el pasado y presente de estos pacientes y les impide ver un futuro abierto. Se reconocen prisioneros de una cárcel invisible, el trauma no resuelto, que les impide construir su vida y sentirse bien. Debido al trauma que han sufrido, consideran que el resultado de cualquier acción que inicien va a ser negativo como ocurrió en el pasado, y al no permitirse la posibilidad de cambiar, impiden que dicho cambio se produzca.

Han sido y se sienten maltratados al mismo tiempo que ellos mismos se maltratan al no ser capaces de cuidarse. Emplean sus energías en autoagredirse en lugar de emplearlas en hacer las diligencias pertinentes para ser atendidos. Reducen su vida al trauma que les tortura, impidiéndoles darse la oportunidad para ver las cosas con otro sentimiento que no sea el de la rabia que les invade.

La dificultad que presenta el grupo para expresar su agresividad hacia personas significativas en sus vidas, hace que la reatribución interpretativa de las emociones del paciente previamente proyectadas, resulte de gran efectividad terapéutica, al reforzar la experiencia de una vida propia y diferente de la de los demás.

Con frecuencia hacen malas interpretaciones de las palabras que otros pronuncian, y proyectan en ellos la rabia que inicialmente iba dirigida a otras personas. La rabia que sienten también puede quedarse dentro de ellos causándoles daño, de ahí la importancia que tiene el que puedan expresar en el grupo lo que sienten.

Dentro de ellos convive una parte agresiva con otra que no quiere hacer daño. Gracias al trabajo interpretativo realizado sobre las partes más sanas de los pacientes, es posible que alcancen la posibilidad de perdonar a aquellos que les han dañado, y de aceptar sus emociones negativas y positivas.

Generalmente el ver cómo los miembros del grupo resuelven sus problemas y salen adelante da ánimos al grupo para continuar. Los que aún no lo han logrado resolverlos piensan que si otros lo han hecho, también ellos podrán hacerlo.

A lo largo de estos dos años, cada vez que alguien ha manifestado su deseo de abandonar el grupo, los otros muestran su preocupación e intentan que permanezca, expresándole la importancia de su presencia en el grupo y reconociendo el valor de cada una de sus aportaciones, al mismo tiempo que vuelven la vista atrás y evalúan los avances que han conseguido con la ayuda del trabajo de grupo.

El hecho de terminar las sesiones de forma positiva, con la sensación de haber aprendido algo nuevo cada día de terapia, les sirve de aliciente y fortalece la alianza de trabajo establecida entre todos los asistentes al grupo.

9.2 Una sesión de grupo

Se inicia la sesión con un silencio. El Sr. A pregunta si esta forma de empezar es positiva o negativa. El terapeuta considera que de las vacaciones les cuesta trabajo empezar a hablar, y así lo manifiesta

El Sr. B comenta que aunque ha estado fuera, lo ha pasado mal. Tuvo un pequeño accidente de coche antes de marcharse, sufriendo un golpe en la boca, y el último fin de semana lo ha pasado deprimido, metido en la cama. Su relación matrimonial cada vez está más deteriorada. Su mujer le agrade cada vez que tiene ocasión y percibe que uno de sus tres hijos no quiere ni verle. Considera la posibilidad de marcharse de casa y añade que, si no lo ha hecho, ha sido por motivos económicos, en una peligrosa espiral de violencia destructiva, lleno de rabia y de tristeza, con sentimientos victimistas de maltrato personal. Se le ayuda a discriminar entre su situación familiar actual y su situación infantil: semejanzas, diferencias,... y se le señalan sus dificultades actuales para ser padre por los conflictos en relación con sus padres.

El Sr. A plantea su decisión de abandonar el grupo en un corto plazo de tiempo. Aduce que últimamente sale de las sesiones muy angustiado. No logra desconectar de todo lo que escucha decir a sus compañeros, en concreto hace referencia a la Sra. C, hoy ausente, quién no cesa de manifestar reiterativamente su decisión de quitarse la vida cuando su madre muera. Esta situación le hace sentirse culpable por no poder ayudarla, y la posibilidad de que ocurra lo peor, ahora que su madre ha sido diagnosticada de cáncer, impide que cese su angustia.

La Sra. C es una paciente, hija de madre soltera, que fue abandonada durante una etapa de su infancia por su madre. Posteriormente sufrió abuso sexual y maltrato por su padrastro, y a lo largo de su vida ha tenido numerosos intentos autolíticos para agredir a su madre por no haber sido capaz de darle el cariño y el cuidado que ella necesitaba. Ahora que su madre se encuentra enferma, se siente culpable por todo lo que la ha hecho sufrir.

El Sr. B interviene diciendo que la Sra. C tiene afán de protagonismo y añade que le desagrada su estado de ánimo inestable y su vocabulario.

La Sra. D disculpa a la Sra. C al atribuir este comportamiento a su enfermedad, y añade que su diálogo fuera del grupo es muy diferente.

Los presentes expresan al Sr. A su afecto y el beneficio que suponen sus preclaras aportaciones al grupo. En alguna ocasión el Sr. A, al igual que el resto del grupo aconsejó a la Sra. C que se alejase de compañías nefastas para ella, y ahora es él quién considera que la situación de esta paciente le hace daño.

El terapeuta recuerda al Sr. A que a veces en el grupo se pasa mal, y que el motivo por el que el caso de la Sra. A le hace tanto daño es porque reactiva su propio trauma afectivo infantil. El padre del Sr. A bebía y causaba daños psicológicos a sus hijos. El Sr. A le deseó una muerte cruel y dura. Su padre cometió un suicidio fallido, muriendo años más tarde debido a una penosa enfermedad, después de haber pasado diez años agonizando en la cama. Hoy el Sr. A expresa estar arrepentido por haberle juzgado mal y afirma que se ha reconciliado con él.

El terapeuta manifiesta al Sr. A que puede hacer uso de su libertad para abandonar el grupo cuando lo desee, recomendándole que se tome un tiempo para despedirse adecuadamente de su experiencia terapéutica. Otros miembros del grupo consideran que el caso de la Sra. P, paciente que sufre acoso sexual por un hombre que la violó en su juventud, les resulta más angustiante que el de la Sra. C.

La Sra. P al ser aludida es invitada por el terapeuta a comunicar al grupo su situación actual. Después de considerar en sesiones previas su caso, aconsejada y animada por el grupo, ha sido capaz de compartir con su marido el motivo de su angustia. Él ha reaccionado adecuadamente, cuidándola y preocupándose por ella.

No le habla del tema para no reactivar en ella situaciones traumáticas.

La Sra. Y, paciente víctima de insultos y agresiones de un vecino psicópata, manifiesta que el caso de la Sra. P le recuerda su situación. Ella también se siente perseguida y entiende perfectamente la angustia y el miedo de la Sra. P.

El terapeuta recoge cómo todos los miembros del grupo, aunque hayan sufrido traumas de diversa índole, encuentran en el grupo un sitio seguro que contiene su angustia, un lugar donde pueden expresar y compartir sus problemas, al mismo tiempo que reciben ayuda y aprenden unos de otros, aunque en ocasiones lo pasen mal al reactivarse los traumas de cada uno de ellos cuando se exponen en el grupo las situaciones traumáticas de otros.

Bibliografía

1. Mingote C, Torrés Imaz FM, Ruiz S. 1999. Trastorno de estrés Postraumático. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 6 (7): 428-435.
2. Burgess AW & Holmstrong LL. 1974. Rape trauma syndrome. American Journal of Psychiatry. 131 (9): 981-986.
3. Pérez Sales, Pau (ed.). Actuaciones psicosociales en guerra y violencia. Ed. Exlibris. Madrid, 1999. Nº 20
4. De Loos WS. 1990. Psychosomatic manifestations of chronic posttraumatic stress disorder. En: Wolf & Mosnaim. Posttraumatic Stress Disorder. American Psychiatric Press. Washington.
5. Williams RB. 1995. Somatic consequences of stress. En: Friedman, Charney, Deutch. Neurobiological and Clinical Consequences of Stress. Lippincott-Raven. Philadelphia.
6. Brestan N, Kessler R, Chilcoat HD et al. 1998. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. Archives of General Psychiatry. 55: 626-632
7. Hidalgo R, Davidson J, 2000. Posttraumatic stress disorder: Epidemiology and Health-Related Considerations. Journal of Clinical Psychiatry. 61 (suppl 7): 5-13
8. Freud S. 1920. Más allá del principio del placer. Obras completas. Amorrortu editores. Buenos Aires. Vol. 18: 1-62
9. Armsworht MW, Holaday M, 1993. The effects of psychological trauma on children and adolescents. Journal of Counseling and Development. 72 (1): 49-56
10. Brady KT, Killeen TK, Brewston T y Lucerni S. 2000. Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. Journal of Clinical Psychiatry. 61 (7): 22-32
11. Freud S. 1950. Manuscrito. La etiología de las neurosis. Obras completas. Amorrortu editores. Buenos Aires. Volumen 1.
12. Peterson KC, Prout MF y Schwarz RA. Pos-Traumatic Stress Disorder. A Clinician's Guide . Plenum Press. New York 1991.
13. Yehuda R. 200. Biology of Posttraumatic Stress Disorder Journal of Clinical Psychiatry. 61 (7): 14-21
14. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. 1979. Impact of Event Scale: a measure of subjective distress. Psychosomatic Medicine. 41: 209-218
15. O'Brien S 1998. Traumatic events and mental health. Cambridge University Press. London.
16. Yule W (Ed.). 1999. Post-Traumatic Stress Disorder. Wiley New York.
17. Davidson J, Connor KM. 1999. Management of Posttraumatic stress disorder: diagnostic and therapeutic issues. Journal of Clinical Psychiatry. 60 (suppl 18): 33-38.
18. Ruiz Solis S, Mingote C, Gozalo A y cols. 2000. Archivos de Psiquiatría. 63 (3): 221-240

19. Foa EB, Davidson JRT; Frances A. 1999. The expert consensus guideline series: treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 60 (suppl 16); 1-76
20. Davidson JR. 2000. New strategies for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 61 (suppl 7): 3-4.
21. Foa EB y Meadows EA. 1997. Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: a critical review. *Annual Review of Psychology*. 48: 449-480
22. Hembree Ea y Foa EB. 200. Posttraumatic stress disorder: psychological factors and psychosocial interventions. *Journal of Clinical Psychiatry*. 61 (7): 33-39.
23. Kollen P, Marmar ChR, Kanas N. 1992. Psychodynamic Group Treatment of Posttraumatic Stress disorder in Vietnam veterans. *International Journal of group psychotherapy*. 42 (2): 225-246
24. Morgan T y Cummings AL. 1999. Change experienced during group therapy by fecude survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and clinical psychology*. 67 (1): 28-36
25. Roth S, Dye E, Lebowith L. 1988. Group therapy for sexual-assanet victims. *Psychotherapy*. 25 (1): 82, 93.
26. Rose S y Bisson J. 1998. Brief early psychological interventions following trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 11 (4): 697-710.
27. Sherman JJ. 1998. Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*. 11 3): 413-435.
28. Pearlstein T.2000. Antidepressant treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 61 (7): 40, 43.
29. Turnbull GJ: 1998. A review of post-traumatic stress disorder: treatment. *Injury*. 29 (3): 169-175
30. Sutherland S y Davidson JR. 1994. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder. *Psychiatric clinics of North-America*. 17 (2): 409-423
31. Davidson JR. 2000. Pharmacotherapy of Posttraumatic stress disorder. *Journal of Clínica Psychiatry*. 61 (suppl 5): 52-59.

*** Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario 12 de Octubre (Avda. Córdoba s/n, Madrid 28041) Tfno: +34913908019**
**** Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta**