

III CONGRESO ESPAÑOL DE VICTIMOLOGÍA
Madrid, 2009

**ASISTENCIA PSICOLÓGICA A VÍCTIMAS DE SUCESOS TRAUMÁTICOS:
¿CUÁNDO ES NECESARIO EL TRATAMIENTO?**

Enrique Echeburúa

ÍNDICE

1. Introducción
 2. Cuándo se requiere tratamiento
 - 2.1. Víctimas de un suceso traumático que requieren tratamiento
 - 2.1. Personas que requieren un tratamiento ante la muerte de un ser querido
 3. Superación de un trauma o del duelo
 4. Indicadores positivos y negativos de recuperación
 - 4.1. Indicadores positivos
 - 4.2. Indicadores negativos
 5. Conclusiones
- Lecturas recomendadas

1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

Al margen de la evaluación cognitiva, la vulnerabilidad de la víctima para desarrollar reacciones negativas postraumáticas está relacionada con una fragilidad emocional previa, con una historia anterior de sucesos traumáticos, con la existencia de una psicopatología familiar, con la presencia de reacciones disociativas durante el suceso traumático y con la inexistencia de una red de apoyo familiar y social.

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

Objetivamente una víctima va a serlo para siempre. Pero por lo que se refiere al componente subjetivo, que es el que resulta más significativo psicológicamente, las víctimas deben dejar de ser víctimas lo antes posible, como el depresivo o el cardiópata deben dejar de serlo. La identidad de víctima a perpetuidad es contraproducente porque prolonga el duelo de los

afligidos y los lastra para comenzar un nuevo capítulo de su vida. De lo que se trata, en definitiva, es de que la víctima comience de nuevo a *vivir* y no meramente se resigne a *sobrevivir*.

No todas las víctimas necesitan una terapia para salir adelante. El objetivo de esta ponencia es analizar los indicadores de intervención psicológica en víctimas de sucesos traumáticos, bien como programas de intervención en crisis o como intervenciones psicológicas más sistematizadas, así como plantear los objetivos propuestos y los tipos de tratamiento aconsejables.

2. CUÁNDO SE REQUIERE TRATAMIENTO

Cuando en un hogar hay una avería, una persona intenta arreglarla, si tiene habilidades para ello o el desperfecto es de poca monta, por sí misma o con ayuda del vecino o de los familiares. Pero si es importante, se busca la asistencia técnica de un fontanero, de un albañil o de un electricista. Algo parecido ocurre en relación con los sucesos traumáticos y con el duelo patológico.

2.1. Víctimas de un suceso traumático que requieren tratamiento

Hay personas que han sufrido un trauma y que, sin embargo, no necesitan un tratamiento psicológico o farmacológico. El equilibrio psicológico previo, el transcurso del tiempo, la atención prestada a los requerimientos de la vida cotidiana y el apoyo familiar y social contribuyen muchas veces a metabolizar el trauma. Estas personas tienen presente siempre lo ocurrido, pero el acontecimiento traumático no interfiere actualmente de forma negativa en el día a día. De este modo, y aun con sus altibajos emocionales y con sus recuerdos dolorosos, son capaces de trabajar, de relacionarse con otras personas, de disfrutar de la vida diaria y de implicarse en nuevos proyectos.

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

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

Otra indicación de la conveniencia de la terapia es la negativa de la víctima a hablar con nadie del trauma y la carencia de un apoyo social, bien porque sea ella misma la que se aíse (para evitar el sufrimiento que le produce hablar del suceso traumático, para no molestar a las demás personas con sus problemas, porque su estado anímico se encuentra bajo mínimos, etcétera), o bien porque las personas de su entorno la eviten. En estos casos se corre el riesgo de un aislamiento emocional (relaciones íntimas) y social (red social de apoyo) (*Tabla 1*).

PÓNGASE AQUÍ LA TABLA 1

A diferencia de otras intervenciones terapéuticas, los terapeutas suelen muchas veces ofrecerse a las víctimas. Sin embargo, muchas personas necesitadas de terapia pueden mostrarse reacias a buscar ayuda profesional. En cierto modo, recurrir a un tratamiento puede suponer para la persona afectada reconocer una cierta *debilidad* personal. El cambio brusco de una situación de normalidad habitual a ser víctima de un suceso traumático puede dificultar, paradójicamente, la búsqueda de ayuda terapéutica, que, en cierto modo, supone el reconocimiento de la incapacidad por sí misma para superar unas circunstancias difíciles.

2.2. Personas que requieren tratamiento ante la muerte de un ser querido

La muerte de un ser querido es una experiencia desgarradora que puede resultar difícil de superar. El tratamiento sólo se precisa cuando se trata de un duelo patológico, que se puede manifestar clínicamente de forma psicológica y física. A nivel *psicológico*, las personas pueden reprocharse no haber hecho lo suficiente por la persona fallecida, incluso si han extremado de modo admirable sus atenciones durante su hospitalización, o mostrar una irritabilidad, inhabitual en ellos, contra terceras personas (médicos, sacerdotes, yerno o nuera, etcétera). A veces, la tristeza patológica puede complicarse con otros síntomas, como aislamiento social, consumo abusivo de alcohol o de psicofármacos, etcétera. Y a nivel *físico*, a veces presentan alteraciones de la salud: somatizaciones (alteraciones del sueño y del apetito, vómitos, mareos, etcétera), dolores musculares, estreñimiento, cefaleas, etcétera, que les hacen consultar con mucha mayor frecuencia de lo habitual al médico de cabecera y que son reflejo de la depresión, más o menos enmascarada, existente.

No obstante, en las fases iniciales del duelo pueden predominar los síntomas físicos; sin embargo, con el transcurso de los meses estos síntomas pueden remitir, pero se hacen más frecuentes los síntomas psicológicos (desesperanza, desvalorización, ira, deseos de morir, etcétera).

En general, las personas afectadas deben recibir tratamiento psicológico o farmacológico cuando padecen síntomas físicos o psicológicos de una

intensidad elevada, cuando los síntomas, incluso con una menor intensidad, se mantienen más allá de un año o cuando aparecen alteraciones que no tienen las personas normales (por ejemplo, alucinaciones o ideas delirantes).

3. SUPERACIÓN DE UN TRAUMA O DEL DUELO

Por muy terrible que haya sido la experiencia vivida, siempre cabe la posibilidad de cerrar, total o parcialmente, la herida sufrida. No se trata de olvidar lo inolvidable (tarea, por lo demás, imposible), sino de no sentirse atrapado como en una jaula por los recuerdos del pasado. Lo que se pretende es recuperar la capacidad de hacer frente a las necesidades del presente y de mirar al futuro con esperanza. En definitiva, ser capaz de atender a los requerimientos de la vida cotidiana, prestar atención a los estímulos exteriores, disfrutar de lo que se tiene a mano en las circunstancias actuales y hacer planes para el futuro, aunque sólo sea para los días o meses inmediatos, denotan un camino claro de recuperación.

A veces la demanda de la víctima puede modular el tipo de tratamiento ofrecido. Hay personas que sólo se preocupan por el alivio de un malestar específico, como la ansiedad o las alteraciones del sueño; otras, por el contrario, están atormentadas por el trauma en sí mismo; y otras, por último, lo que buscan fundamentalmente, más que la terapia, es un dictamen pericial acerca de su situación mental para solicitar una indemnización económica o conseguir la incapacidad laboral.

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

En cualquier caso, los objetivos fundamentales de la terapia son proporcionar alivio inmediato a los síntomas más graves (lo cual puede ser conseguido, a veces, por los psicofármacos), hacer frente al trauma, restaurar en la víctima el sentido básico de seguridad en el mundo y en las personas y facilitar la reintegración social de la víctima en el contexto comunitario. En realidad, la víctima sólo llega a sentirse recuperada cuando recobra la sensación de que puede tomar decisiones y controlar razonablemente su vida.

Cuando la víctima ya se muestra incapaz de hacer frente por sí sola al trauma sufrido, los principios básicos de cualquier intervención terapéutica pueden resumirse en los siguientes puntos: mejorar el malestar emocional; ayudar al proceso de curación natural; no emplear tratamientos ineficaces o inaplicables que empeoren la situación o pospongan la recuperación; y adaptar la terapia a las necesidades específicas de cada persona.

Más específicamente, los objetivos del tratamiento se deben plantear de forma escalonada con arreglo a una jerarquía de necesidades. En primer lugar, se trata de hacer frente a los síntomas más graves (insomnio, pesadillas, ansiedad intensa, humor depresivo, etcétera). En segundo lugar, hay que abordar el núcleo del trauma (reexperimentación del suceso ocurrido, conductas de evitación y reacciones de sobresalto). Y, por último, se trata de regular las emociones, de recobrar la autoestima y de recuperar la confianza en las demás personas. Si el proceso culmina con éxito, la víctima obtiene una cierta sensación de calma y de seguridad, asume de nuevo el control sobre su vida y sus emociones, se reintegra socialmente en el contexto comunitario y continúa activamente con su proyecto de vida.

Por otra parte, la superación del *duelo patológico* comparte muchos de los objetivos terapéuticos válidos para las víctimas de un suceso traumático. Ahora bien, el proceso de superación del *duelo* sigue una secuencia peculiar. Concretamente, un primer paso es aceptar la realidad de la pérdida. La experiencia compartida del dolor y de la pena es un segundo paso para la superación del duelo. Como dice un proverbio sueco, la alegría compartida es doble alegría y la pena compartida es media pena. Un tercer paso es proceder a la reorganización del sistema familiar asumiendo las funciones del rol del difunto. Y un cuarto paso es establecer nuevas relaciones y metas en la vida, lo cual no es siempre fácil por el sentimiento de lealtad al fallecido y por el temor a nuevas pérdidas. En ocasiones, la resignación y el consuelo religioso, así como el apoyo emocional de otros seres queridos (otros hijos, familiares, amigos, etcétera), contribuyen a acelerar este proceso de recuperación.

4. INDICADORES POSITIVOS Y NEGATIVOS DE RECUPERACIÓN

4.1. Indicadores positivos

Algunos de los indicadores positivos de recuperación, tanto en víctimas de un suceso traumático como en personas que han sufrido la muerte de un ser querido, son los siguientes:

1. En caso de haber recibido un tratamiento psicológico, *acudir con asiduidad a las sesiones de tratamiento y seguir de forma regular las prescripciones terapéuticas*. Ocurre, a veces, que las víctimas de un suceso traumático con un mejor funcionamiento completan el tratamiento, mientras que las que están más necesitadas de él lo abandonan .
2. *Recuperar las constantes biológicas en relación con el sueño y el apetito*.
3. *Aumentar la cantidad y calidad de las actividades e implicarse en una dieta regular de placeres y deleites simples*: una compañía agradable, una comida sabrosa, una lectura interesante, un paseo por el parque o al borde del mar, un espectáculo entretenido, una música grata, una charla amena o una risa a pierna suelta. Todo ello contribuye a imprimir un significado a la vida de una persona.

4. *Recuperar la capacidad de sorprenderse y mirar lo de siempre con ojos nuevos, poner interés en las actividades que se hacen cada día y fijarse unas metas concretas que es posible conseguir.* Ver el lado positivo de la realidad ayuda a una persona a desembarazarse de las espinas de la vida cotidiana. El objetivo fundamental es aprender a *corregir* la mirada para centrarse en los recuerdos agradables y en la parte positiva de la realidad.
5. *Ayudar a los demás y tener conductas altruistas.* Estos comportamientos sirven como medio para aumentar la autoestima, distraerse del dolor propio, mejorar en otros síntomas (dormir mejor, sufrir menos ansiedad, etcétera), y, además, fomentan la comunicación y la convivencia.

Las víctimas de un trauma muestran su recuperación cuando recobran la expresión verbal de los sentimientos (en forma de sonrisas, abrazos, gestos afectuosos, etcétera) y ponen orden en el caos de las imágenes y recuerdos del suceso traumático y también cuando son capaces de integrar este acontecimiento doloroso en su historia personal, sin la presencia excesiva de emociones negativas, como odio, rabia o impotencia.

En cuanto al duelo por la pérdida de un ser querido, la persona puede considerarlo superado cuando es capaz de pensar en el fallecido sin sentirse abrumada por el recuerdo, prestando atención a las vivencias positivas compartidas y dejándose llevar por un recuerdo sereno, cuando puede pensar sin culpa sobre la pérdida, expresar los sentimientos sobre ésta, hacerse cargo de la nueva realidad asumiéndola intelectual y emocionalmente y, sobre todo, cuando se siente capaz de proyectar la vida hacia el futuro, con la posible implicación en proyectos ilusionantes.

4.2. Indicadores negativos

Uno de los indicadores problemáticos para la recuperación tras haber sufrido un suceso traumático o experimentado la pérdida de un ser querido es mostrar *inestabilidad emocional con anterioridad al suceso*. A su vez, hay un mal pronóstico de recuperación cuando la persona utiliza estrategias de afrontamiento negativas (como beber alcohol en exceso, automedicarse, volcarse en el trabajo de una forma compulsiva, etcétera), así como cuando no observa las prescripciones terapéuticas.

Otros indicadores negativos de recuperación, específicos de las víctimas de un suceso traumático, son los siguientes: a) haber sido victimizado anteriormente y haber mostrado una mala capacidad de adaptación a diferentes situaciones en el pasado; b) haber estado expuesto a los estímulos traumáticos de forma intensa y prolongada (por ejemplo, en las situaciones de abuso sexual intrafamiliar en la infancia); c) haber sido traumatizado en un período crítico del desarrollo; d) mostrar respuestas de embotamiento afectivo (*anestesia emocional*), que tienen un mayor riesgo de cronificación de los síntomas; e) haber sido hospitalizado por heridas relacionadas con el suceso traumático; f) haber padecido un trastorno ansioso-depresivo grave; y

g) padecer sentimientos de rabia u odio, junto con intensos deseos de venganza.

Por último, por lo que se refiere al duelo, éste se elabora negativamente cuando la persona niega el hecho (en forma, por ejemplo, de tener visiones de los seres desaparecidos, de poner la mesa para la persona fallecida, de no ocupar la silla del difunto, etcétera), sigue anclada a los recuerdos (dando vueltas una y otra vez a lo sucedido, sin poder apartar de la mente la pérdida acontecida o las circunstancias en las que se produjo), realimenta el dolor (acudiendo continuamente al cementerio o recreándose en las fotos del fallecido), mantiene sentimientos de culpa o de ira respecto al fallecido o a las circunstancias de la muerte, se plantea preguntas sin respuesta posible y tiene dificultades para expresar su dolor a otras personas.

5. CONCLUSIONES

Desde una perspectiva psicopatológica, un suceso traumático genera síntomas ansioso-depresivos y conforma una profunda transformación de la visión de la vida y de los valores más íntimos. En cambio, el duelo supone, en general, una reacción adaptativa ante la muerte de un ser querido, que obliga al sujeto afectado a plantearse su propia muerte y a rehacer su vida desde una perspectiva distinta.

Muchas personas se muestran *resistentes* a la aparición de miedos intensos, de gravedad clínica, tras la experimentación de un suceso traumático y son capaces de retomar la vida cotidiana y de disfrutar de otras experiencias positivas. A un nivel predictivo global, la evolución de los síntomas a la remisión o a la cronificación puede depender de la existencia de un trastorno psicopatológico previo, de la percepción de control sobre los sucesos negativos, de la intensidad y gravedad de los estresores, de la presencia temprana de síntomas disociativos y del apoyo psicológico y social recibido durante y después del suceso traumático.

Hay muchas diferencias de unas personas a otras en la forma de sufrir y de recuperarse del trauma y del duelo. Hay quienes están afectadas profundamente durante años y sólo con dificultad consiguen llevar un tipo de vida normal, pero muy limitado. Otras sufren intensamente, pero durante un período corto de tiempo. Y, por último, hay quienes superan lo acontecido casi de inmediato y reanudan su vida en condiciones de normalidad.

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

Un reto de futuro es detectar a las personas realmente necesitadas de tratamiento, establecer programas eficaces protocolizados de intervención para víctimas de distintos tipos de sucesos traumáticos e integrar los recursos

terapéuticos existentes (Centros de Salud Mental, Asociaciones de Víctimas, asistencia privada, etcétera).

¿Cuál es el significado profundo de la superación del trauma o del duelo? Recuperarse significa ser capaz de haber integrado la experiencia en la vida cotidiana y de haber transformado las vivencias pasadas en recuerdos, sin que éstos sobrepasen la capacidad de control de la persona ni interfieran negativamente en su vida futura. Y recuperarse significa, sobre todo, volver a tener la conciencia de que se ocupa de nuevo el asiento del conductor de la vida.

Por último, hay víctimas de situaciones traumáticas que, por mostrar un aprecio más profundo del valor de la vida o por quedarse con una sensibilidad más acentuada, han recuperado e incluso aumentado su fortaleza moral y han encontrado beneficios inesperados a su sufrimiento, no por masoquismo, sino por la aceptación de que la tragedia es parte inevitable de la vida. Igualmente puede ocurrir con aquellas personas que superan el duelo. Y es que con los contratiempos puede ocurrir como con las ostras, que a partir de un grano de arena irritante (*una pérdida*) reaccionan y crean una perla a su alrededor (*una vida nueva*).

LECTURAS RECOMENDADAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABLA 1

Criterios para la búsqueda de ayuda profesional en las víctimas de un suceso traumático

- Cuando las reacciones psicológicas (pensamientos, sentimientos o conductas) perturbadoras duran más de 4 a 6 semanas.
- Cuando hay una interferencia negativa grave en el funcionamiento cotidiano (familia, trabajo o escuela).
- Cuando una persona se siente incómoda con sus pensamientos, sentimientos o conductas o se siente desbordada por ellos.