

ESTUDIO DE CASOS

Tratamiento de un caso de trastorno por estrés postraumático con EMDR dentro de un marco cognitivo-conductual

Intervention in a case of post-traumatic stress disorder with EMDR within a cognitive behavioral setting

MARCELA PAZ GONZÁLEZ-BRIGNARDELLO¹

ANA M.^a MARTÍN VÁZQUEZ²

Fecha de Recepción: 23-11-2004

Fecha de Aceptación: 09-12-2004

RESUMEN

Se describe el tratamiento de una víctima del atentado terrorista del 11 de marzo de 2004 en Madrid que había desarrollado un Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y un episodio depresivo mayor. Se emplean las técnicas de EMDR, exposición en vivo, higiene del sueño, y planificación de tareas, entre otras. Hasta este momento se han logrado los objetivos terapéuticos referidos a la disminución de la reexperimentación, hiperactivación, recuperación del estado de ánimo, expresión de afecto, recuperación de la capacidad de concentración y de la falta de memoria. En el momento actual se ha interrumpido el tratamiento para que la paciente resuelva un suceso vital estresante, de tipo laboral, preexistente al suceso del atentado terrorista, por lo que quedan pendientes los últimos objetivos del proceso terapéutico. Se describen las diferentes fases que forman el proceso terapéutico.

ABSTRACT

This paper describes the treatment of female victim of 3/11 terrorist attacks who had developed a PTSD and a major depression. EMDR techniques, in vivo exposure, sleep hygiene and task planning, were used among other therapeutic techniques. So far, the following therapeutic goals have been achieved:

¹ Psicóloga supervisora del SPA (Servicio de Psicología Aplicada).

² Psicóloga SPA (Servicio de Psicología Aplicada).

ved: decreasing re-experiencing and hyper-activation, mood restoration, affect expression recovering and improved concentration and memory. Since the patient had to tackle a pre-existing job-related life stressor, treatment was temporarily suspended and it will be resumed as this issue has been worked out. The different stages of treatment are also described.

PALABRAS CLAVE

Trastorno por estrés postraumático, Terrorismo, EMDR.

KEY WORDS

Post-traumatic Stress Disorder, Terrorism, EMDR.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) aparece por primera vez en el nivel taxonómico oficial como "gran reacción al estrés" en el DSM-I (APA, 1952). Fue descrito como TEPT en el DSM-III (APA, 1980). En aquel momento se puso el énfasis en la naturaleza del estímulo, que podía ser una agresión o una amenaza a la propia vida, tanto si se experimentaba directamente como si se era testigo de ella. La respuesta tenía que ser de intenso miedo, horror e indefensión y se hacía énfasis en que tales sucesos se tenían que encontrar fuera del marco habitual de la experiencia humana. Posteriormente, en la versión revisada (DSM-III-R, APA 1987), se añadió como criterio

necesario la presencia de los síntomas durante al menos un mes. En el DSM-IV (APA, 1994, 2000) se realiza el diagnóstico del TEPT ante el conjunto de síntomas de reexperimentación (por ejemplo, flashbacks, pesadillas), conductas de evitación y embotamiento emocional (como evitación de estímulos o situaciones que recuerden el trauma, distanciamiento, desapego de los demás, emotividad restringida) y activación fisiológica (perturbación del sueño, reacciones exageradas de alerta e hipervigilancia, entre otros posibles síntomas) que aparecen tras la exposición directa o vicaria a un suceso extremadamente estresante y traumático que supone una amenaza a la cual se reacciona con temor, desesperanza u horror intenso (nótese que se reti-

ra la condición de suceso extraordinario). La duración de los síntomas debe ser superior a un mes y este cuadro sintomático debe ser el responsable de un deterioro social, laboral o familiar clínicamente significativo. El TEPT se considera agudo si los síntomas tienen una duración inferior a los tres meses, y crónico si es superior.

Los Criterios Diagnósticos de la Investigación de la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, CIE-10 (OMS, 1992), guardan básicamente cinco diferencias con respecto al DSM-IV TR. La primera hace referencia a que según la CIE-10 debe tratarse de un hecho de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica, capaz de provocar un malestar permanente casi en cualquier individuo, mientras que en el DSM-IV TR también puede tratarse de hechos que no necesariamente revisten la característica de anormalidad. La segunda hace referencia a que en la CIE-10 se pone el énfasis en el suceso traumático, mientras que en el DSM-IV TR se le concede importancia a la subjetividad del sujeto al dar relevancia a la respuesta presentada ante el evento traumático. La tercera se refiere a que, en la CIE-10, los síntomas por aumento de la activación no se consideran indispensables para el diagnóstico y se pueden reemplazar por la incapacidad de recordar aspectos relevantes del trauma. La cuarta es la ausencia de un criterio temporal en la CIE-10 para la duración de los síntomas, aunque sí se indica que la latencia de aparición de los mismos debe ser inferior a seis meses. La quinta y última diferencia hace alu-

sión a la probabilidad de comorbilidad que está presente en el DSM-IV TR, mientras que en la CIE-10 el proceso diagnóstico muestra una preferencia por el diagnóstico simple.

La comorbilidad es una característica frecuentemente encontrada en los estudios de TEPT, y referida a diversos trastornos: depresión (Martín y Paúl, 2004), trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de somatización (Rogers *et al*, 1996), síntomas disociativos y trastornos de personalidad (Palacios y Heinze, 2002), trastornos de ansiedad y afectivos (Gilaberte y Baca, 2000). A estos se pueden añadir los recogidos en la revisión de Schnurr, Friedman y Bernardy (2002): depresión mayor, distimia, manía, trastorno de ansiedad generalizada, crisis de pánico, fobia simple, fobia social, agorafobia, abuso/dependencia de alcohol, abuso/dependencia de drogas y trastornos de conducta.

La naturaleza de los acontecimientos traumáticos capaces de propiciar el desarrollo de un trastorno por estrés postraumático es diversa. Según el DSM-IV TR éstos pueden ser: combates de guerra, agresiones sexuales o físicas, atracos, robos, secuestros, ser hecho rehén, tortura, encarcelamiento como prisionero de guerra, accidentes automovilísticos graves, diagnóstico de enfermedades graves, desastres naturales o provocados por el hombre, como los atentados terroristas.

Los datos de prevalencia del

TEPT son variados, y la probabilidad de que ante un mismo suceso una persona llegue a desarrollar este cuadro sintomatológico parece depender, entre otros, de la naturaleza del evento traumático; por ejemplo, un estudio español sobre población policial de riesgo observó que el porcentaje más alto de TEPT es el que se asocia con atentados terroristas (Gilaberte y Baca, 2000). Otros factores de riesgo son: la percepción de amenaza de muerte, la existencia de trauma previo, el grado de exposición al evento y las estrategias cognitivas frente al mismo.

Entre las víctimas de ataques terroristas los datos de prevalencia del TEPT son variables: entre el 10,5% y el 30,7% según la gravedad del daño (Abenhaim, Dab y Salmi, 1992), un 30% entre los supervivientes del bombardeo en la ciudad de Oklahoma de 1995 (North, 2001), un 25% en secuestros con rehenes (Bigot, 1998) y un 50% ofrecido por Echeburúa, Corral y Amor (1998), en una muestra española. Entre las víctimas directas de actos terroristas, parece que las mujeres son más susceptibles de desarrollar un TEPT que los hombres (Boscarino, Galea, Ahern, Resnick, y Vlahov 2002; Schlenger et al, 2002; Silver, Holman, McIntosh, Poulin y Gil-Rivas, 2002; Cardenas, Williams, Wilson, Fanouraki y Singh, 2003; Jehel, Paterniti, Brunet, Duchet, y Guelfi, 2003; Sciancalepore y Motta, 2004). El grado de exposición al evento (Echeburúa et al, 1998; Schlenger et al, 2002; Silver et al, 2002, Martín y Paúl, 2004) y las caracte-

ísticas de dicha exposición, tales como velocidad del suceso, gravedad, grado de destrucción, con comienzo y final identificable o no, número de pérdidas humanas asociadas y número de heridos y tamaño del grupo al que afecta (Echeburúa y Corral, 1995) son otros factores relacionados con la probabilidad de desarrollar este trastorno.

En esa misma línea, Echeburúa, del Corral y Amor (2002), plantean la presencia de variables que median en el daño psicológico que un suceso traumático puede producir: la concurrencia de otros problemas actuales (a nivel familiar y laboral) y pasados (historia de victimización), el apoyo social existente y los recursos psicológicos de afrontamiento disponibles, entre otros. Del mismo modo, Brewin, Andrews y Valentine (2000), a partir de un estudio de revisión y metaanálisis concluyen que los tres factores más relevantes para el desarrollo del TEPT son la falta de apoyo social tras el evento traumático, el nivel de estrés habitual tras el trauma y la severidad de éste.

En el ámbito de los tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno por estrés postraumático los estudios más rigurosos se han realizado en el contexto cognitivo conductual (Báguena, 2001). Según Richards y Lovell (1999) los tres acercamientos principales en el tratamiento del TEPT son: las técnicas de exposición (en imaginación o *in vivo*), la reestructuración cognitiva y las técnicas para el manejo de la ansiedad. Dentro de las técnicas de exposición se encuentra el EMDR

(Eye Movement Desensitization and Reprocessing - Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento de Ojos) que parece haber obtenido buenos y duraderos resultados en pacientes con estrés postraumático (Wilson, Becker y Tinker, 1999). Esta técnica presenta como ventajas que es de fácil aplicación y resultados rápidos (Tirapu *et al*, 2001). En el año 1998 la American Psychological Association reconoció al EMDR como "probablemente eficaz" en el tratamiento del trauma (Chambless *et al*, 1998). También avala el empleo de esta técnica el hecho de que tiene como objetivo disminuir la duración y la frecuencia de los pensamientos intrusivos o reiterativos que interfieren el curso adaptativo de la conducta (Mas y González, 2004); que, según Parson (1995) y Trappier y Friedman (1996) junto con el embotamiento afectivo, son unas de las secuelas principales en las víctimas de terrorismo.

El procedimiento del EMDR consiste en una serie de protocolos que incorporan elementos de diferentes acercamientos terapéuticos como meditación, exposición, focalización dual de la atención, relajación y elementos cognitivos (Shapiro, 1998) y consta de 8 fases que se exponen a continuación: historia clínica del paciente, preparación o búsqueda de "un lugar seguro", evaluación e identificación de cognición negativa y otra positiva (evaluación de Validez de Cogniciones - VOC, y de la Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (USA) o Subjective Units of Disturbances Scale (SUDS), desensibilización,

instalación, chequeo corporal, cierre, seguimiento o reevaluación. En el proceso de desensibilización el terapeuta estimula bilateralmente al paciente, generalmente pidiéndole que mire al dedo del terapeuta que se mueve en el plano horizontal frente al paciente, a través de su campo visual, aunque también se utiliza la modalidad táctil o auditiva; mientras el paciente se focaliza en la imagen identificada como la más perturbadora. Después de un set de movimientos oculares, se le pide que relate brevemente lo que está experimentando y se solicita concentración en ello nuevamente. En relación a la finalización de cadenas emocionales o de recuerdo, se procede a evaluar nuevamente el malestar. Se presta especial atención a los llamados bloqueos, que además de los índices evaluables a través de la escala SUDS, indicarán que el proceso de desensibilización y reprocesamiento se ha detenido. Dichos bloqueos se manifiestan de las siguientes maneras: inmovilidad duradera de la imagen (en forma o color), ausencia de cambio emocional y recurrencia persistente de la secuencia de recuerdo.

MÉTODO

Sujeto, motivo de consulta e historia del problema

La paciente de 35 años de edad, está casada y no tiene hijos. Es licenciada y tiene trabajo estable.

Acude a consulta debido a que presenta una intensa sintomatología a raíz de haber estado expuesta

a una experiencia traumática intencionada en un pasado reciente (atentado del 11 de Marzo de 2004, Madrid-España).

El día del suceso, la paciente experimenta disociación y confusión. Es capaz de relatar los hechos vívida y detalladamente, aun cuando dice tener ciertos vacíos de memoria que ha completado con la información vertida por los medios de comunicación. Su relato es secuenciado y va desde el momento de las explosiones, pasando por su salida de la estación de trenes hasta cuando ya se encuentra acompañada en otro lugar de la ciudad.

Refiere que los síntomas de reexperimentación, evitación y activación comienzan el día siguiente al suceso. También presenta síntomas de hiperactivación (como tensión muscular) y despersonalización. A los doce días comienzan pesadillas semanales con gran malestar psicológico.

Recibe tratamiento médico el mismo día del atentado. Se instaura un tratamiento farmacológico consistente en 3 mg diarios de bromazepam y 5 mg. de diazepam. Se le otorga la baja laboral y recibe tratamiento psicológico durante 11 sesiones (frecuencia semanal y 45 minutos de duración) consistentes en varias sesiones de descarga emocional y seguimiento posterior. Simultáneamente asiste a tres sesiones de grupo a lo largo de una semana. Tras la segunda sesión de grupo intenta hacer una exposición no dirigida a la estación de trenes de

cercanías de Alcalá de Henares en la que fracasa y se marcha con un gran malestar psicológico, episodio de llanto y alta activación fisiológica.

Un mes antes de acudir a nuestra consulta recibe el alta médica. Esta situación se mantiene sólo por quince días, ya que por recomendación del profesional del sistema de Salud Mental atendiendo a su queja de agobio laboral, pide la baja laboral de nuevo, situación en la que se encuentra actualmente.

Durante los dos meses transcurridos entre el suceso traumático y el momento actual la intensidad de los síntomas de reexperimentación y evitación ha ido en aumento, así como la sintomatología depresiva.

La situación previa al evento traumático, aunque estable, se caracterizaba por la presencia de dos acontecimientos vitales estresantes de próxima resolución: un evento de evaluación laboral y la realización de una transacción comercial de envergadura. Ambas situaciones fueron valoradas por la paciente como muy importantes y trascendentales en su vida.

Evaluación

— Entrevista clínica

Al acudir a nuestro servicio, la paciente refiere la siguiente sintomatología de aparición posterior al suceso traumático, que interfiere de forma significativa en todos los ámbitos de su vida (personal, familiar y laboral):

- *Reexperimentación:*

Recuerdos recurrentes e intrusivos compuestos por imágenes visuales y olores, pesadillas, flash-backs, malestar psicológico intenso y respuestas fisiológicas ante estímulos externos que le recuerdan el suceso traumático.

- *Evitación:*

Evitación de estímulos asociados al trauma: no monta en tren, ni en metro, evita las noticias referidas a la situación vivida y otras similares.

- *Embotamiento afectivo:*

Falta de muestras de cariño, inapetencia sexual y falta de comunicación íntima con su pareja; además, la falta de reactividad emocional abarca la totalidad de las situaciones placenteras.

- *Activación fisiológica y dificultades de sueño*

Dificultades para conciliar y mantener el sueño, tensión muscular y problemas de concentración. Refiere grandes dificultades para estudiar. No presenta hipervigilancia.

Es relevante la aparición de un ritual diario, que la paciente llamó "pasar la película" a la hora de irse a la cama, consistente en repasar los recuerdos del evento traumático, lo que implica irse a dormir con un estado de activación elevado.

- *Sintomatología depresiva:*

Frecuentes episodios de llanto,

estado de ánimo triste la mayor parte del día, pérdida de la capacidad para el placer, reducción total del interés o deseo sexual, problemas para conciliar el sueño, falta de energía, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, inutilidad que se hacen más evidentes en el momento en que vuelve al trabajo, aunque abarcan también las tareas cotidianas.

En relación a la resolución de los acontecimientos vitales estresantes próximos, la paciente refiere sentimientos de incapacidad, temor y agobio. Problemas de concentración y capacidad disminuida para pensar y quejas de falta de memoria.

- *Sentimientos de culpa:*

La paciente no se reconoce como víctima de la situación, y se siente culpable por no haber ayudado a los que ella considera verdaderas víctimas del suceso. "No me veo víctima porque yo estoy bien". No refiere rabia.

En las entrevistas de evaluación se indaga, junto con los datos anamnésticos, la presencia de variables que median en el daño psicológico que un suceso traumático puede producir. En este sentido, la paciente refiere especial malestar y preocupación ante la necesidad de resolver dos acontecimientos vitales próximos, estando especialmente preocupada por una evaluación laboral. Como factores protectores al TEPT se encuentra un adecuado apoyo social y ausencia de traumas previos. La paciente refiere

eficacia percibida previa al suceso traumático, con ejemplos diversos de su capacidad de afrontar y resolver problemas, sin embargo, en la actualidad refiere fuerte sensación de incapacidad e ineficacia frente a mínimas dificultades y se confirma con su queja de agobio cotidiano.

— Cuestionarios

En la evaluación se emplearon las siguientes pruebas:

SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas. (Derogatis, L. R. 1994, adaptación española de González de Rivera et al, 2002). Puntuación elevada, baremo de muestra psiquiátrica, en subescala Obsesión-Compulsión (Punt. centil 80).

MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (Millon, T., 2002). Presenta puntuaciones altas en subescala de Deseabilidad (T.B.=90), con una puntuación directa en la subescala de Validez P.D.= 0. Las escalas de personalidad que presentan una puntuación alta (T.B.>75) son: Dependiente (T.B.=104) e Histriónica (T.B.=77).

STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2001). Puntuación alta en Ansiedad Rasgo (Punt. centil 85).

STAXI-2. Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (Spielberger, 2001). No presenta datos relevantes.

Inventario de Depresión de Beck

(*BDI*) (Beck y cols. 1979, versión española de Vázquez y Sanz, 1997). Puntuación de 24 (Depresión moderada).

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS) (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997). Puntuación total de 30 sobre un máximo de 51.

Diagnóstico

De acuerdo con el DSM-IV TR la paciente presenta un Trastorno de Estrés Postraumático y un Episodio Depresivo Mayor.

Objetivos terapéuticos

Se definen los siguientes objetivos terapéuticos:

- a) Eliminar las pesadillas y flashbacks
- b) Adoptar hábitos adecuados de inicio del sueño.
- c) Desasociar el ritual de recuerdo con el momento de meterse en la cama.
- d) Promover el reconocimiento como víctima.
- e) Validar intentos restauradores como solicitar indemnizaciones.
- f) Psicoeducar a la pareja sobre el TEPT y para que reconozca, facilite y refuerce las mejorías de la paciente.

g) Involucrar a la pareja en determinadas tareas del tratamiento (como la detección de estímulos agradables en su entorno, la realización de actividades placenteras, exposiciones *in vivo* al metro, etc.).

h) Reprocesar los sentimientos de culpa.

i) Fomentar tareas de autocuidado.

j) Permitir el acercamiento normal a aquellos elementos que le provocan malestar y reexperimentación y que han sido objeto de evitación. Prioridad sobre elementos cotidianos que le afectan en las actividades diarias como la elaboración de comidas y ser capaz de ver las noticias de la televisión.

k) Facilitar psicoeducación para que no evite, ni combata, los flashbacks.

l) Realizar psicoeducación sobre como gestionar el apoyo social existente.

m) Recuperar el grado de acercamiento afectivo y el nivel de actividad sexual que la paciente tenía con su pareja antes del evento traumático.

n) Restablecer el estado de atención y concentración preexistente al atentado y necesarios para que la paciente pueda estudiar y se sienta segura para presentarse al evento de evaluación.

o) Resolver la situación vital estresante de tipo comercial.

p) Validar y movilizar las estrategias de afrontamiento preexistentes en la paciente ante situaciones de evaluación previas.

q) Potenciar la atribución interna de logros y los sentimientos de competencia y autoeficacia.

r) Reanudación de la actividad laboral.

s) Ser capaz de utilizar el metro como medio de transporte.

t) Ser capaz de utilizar el tren como medio de transporte a su centro de trabajo.

u) Prevención de recaídas ante noticias a través de los medios de masas de nuevos atentados, celebraciones conmemorativas y aniversarios y otras experiencias traumáticas.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Hasta el momento en que este caso se envía a publicación, se han realizado 18 sesiones, que se pueden dividir en las siguientes fases (ver Tabla 1):

1ª fase: Evaluación y diagnóstico. Duración 2 sesiones. Establecimiento de alianza, encuadre, facilitación de expresión emocional y relato. Se descartó una posible simulación.

2ª fase: Tratamiento del Trastorno por Estrés Posttraumático. Duración 5 sesiones. Esta fase consistió en la aplicación de las siguientes técnicas/actividades:

— EMDR, en 5 sesiones. Realizado por una de las autoras, quien posee la certificación del Nivel I y II de entrenamiento en EMDR.

La temática y curso de las sesiones se describe en la Tabla 2, recordando que se trata de una técnica de curso no directivo. Tras la segunda sesión de EMDR la paciente abandona la medicación sin indicación específica a este respecto.

— *Embotamiento afectivo*: se focalizó sobre la queja principal de la paciente sobre este tema, que hacía alusión a la ausencia total de expresión de afecto hacia su pareja. Se promovió la realización planificada de actividades de acercamiento íntimo, cuyo primer paso se denominó, en consenso, "beso terapéutico". No fue necesario continuar con la planificación del resto de actividades de expresión, ya que en dos semanas se cumplió el objetivo y 4 semanas después se mantuvieron actividades sexuales plenas y satisfactorias. Este logro terapéutico se mantuvo durante el resto de la terapia. Se observó una mejora general en el resto de la sintomatología de embotamiento (besar, abrazar, llorar frente a situaciones tristes, reír, etc.).

— *Entrevista a la pareja*: se persiguen los siguientes objetivos: psicoeducación sobre el TEPT y normalización, prevenir la realización de exposiciones no controladas; y valorar el apoyo social de la paciente y evaluar mejoras observadas en la vida cotidiana. También se le informó sobre como reforzar

las mejorías de la paciente. Además se realizaron dos controles telefónicos a la pareja con los objetivos de que apoyara tareas concretas de la terapia y obtener información complementaria sobre las mejoras observadas en la paciente.

3º fase: Tratamiento de sintomatología depresiva. Duración 9 sesiones. Fase dirigida a recuperar el estado de ánimo.

- *Actividades placenteras*: fue necesario modelar la búsqueda de estímulos agradables para elaborar tareas de focalización en ellas.

— *Tareas orientadas al autocuidado y mejora de autoestima*: un elemento que surge de la sesión nº 2 de EMDR es la preocupación por sí misma, y su autoimagen. Por ese motivo se indican actividades orientadas al fomento de su autocuidado físico y también emocional.

— *Higiene del sueño*: psicoeducación sobre higiene del sueño y se dan tareas para romper la asociación existente entre el recuerdo voluntario y ritualístico y el hecho de meterse en la cama.

— *Planificación de actividades*: se le enseña a llevar una agenda en la cual se planifique la actividad diaria, de manera que disminuya el agobio y la sensación de ineficacia.

4ª fase: Resolución de problemas. Duración 5 sesiones. Esta fase se destina específicamente a resolver las situaciones de mayor estrés que existían antes del evento

traumático, y que a partir de éste se transforman en situaciones evitadas.

— *Resolución de problemas*: se realiza una resolución de problemas ante el suceso vital estresante de tipo comercial.

— *Planificación de estudio*: se planifica la actividad de estudio diario, de cara a la presentación al evento de evaluación laboral que se aproxima.

5ª fase: Recientemente, la paciente plantea la necesidad de

concentrarse exclusivamente en el evento de evaluación laboral que se presenta muy próximamente. Por este motivo las últimas 3 sesiones se destinan exclusivamente a apoyar su desempeño en dicho evento y a realizar un seguimiento sobre las áreas recuperadas y las técnicas de apoyo mantenidas. Así mismo se aprovecharon estas sesiones para reforzar el proceso de atribución interna de los logros obtenidos. Actualmente el tratamiento se halla interrumpido con la intención de continuar con los objetivos que aún restan, una vez pasado dicho evento.

Tabla 1.- Sesiones de introducción y aplicación de técnicas/actividades

Técnica/actividad	Sesiones de tratamiento																	
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª
Evaluación	-	-																
EMDR			-	-		-		-		-								
"Beso terapéutico"										-								
Exposición en vivo al metro										-								
Higiene del sueño					-													
Autocuidado y autoestima					-													
Actividades de Placer							-											
Programación de actividades										-								
Resolución de problemas									-									
Planificación de estudio											-							
Prevención de recaídas estado ánimo														-				
Re-evaluación															-			
Mantenimiento y refuerzo logros																-		

Nota: Las zonas grises muestran el período en que cada actividad o técnica se encuentra activa

Tabla 2.- Descripción de las sesiones de EMDR

Nº sesión	Sesión EMDR	Síntesis del Curso de la sesión	Conclusiones
3ª	1	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de lugar seguro • Disminución de SUDs incompleta • Cognición alternativa difícil de obtener: cognición. "No puedo hacer nada"; cognición alternativa: "Pude ayudar" no creíble • Se finaliza con lugar seguro 	Descarga emocional con alivio percibido Amplia el rango de recuerdos del suceso Elabora ayuda a una víctima simbólica Existen bloqueos en el proceso que se resuelven cambiando de modalidad de estimulación
4ª	2	Fundamentalmente sensaciones, no se logra identificar cognición. <ul style="list-style-type: none"> • Foco de atención: elemento fóbico actual → aumento sensaciones de asco, de alta intensidad, que disminuyen a lo largo de la sesión. • Aparecen nuevos elementos de recuerdo: olores, ruidos. Entre ellos relata la ayuda que prestó a otros, pero no la hace consciente • Elabora un ritual de despedida a las víctimas • Se finaliza con lugar seguro • Disminución de SUDs completa 	Desensibilización ante estímulos fóbicos Elaboración de "ritual de despedida" Existen bloqueos fundamentalmente frente a fuerte intensidad sensorial, se resuelven con cambio de modalidad
6ª	3	<ul style="list-style-type: none"> • Focaliza sobre olores y sabores • Focaliza sobre el metro • Disminución de SUDs completa 	Desensibilización de sensaciones: asco, olores-sabores. Desensibilización al metro Finaliza con sensaciones agradables
8ª	4	<ul style="list-style-type: none"> • El foco atencional cambia rápidamente de las imágenes del suceso traumático a imágenes de problema actual: estudiar, autocuidado, resolver situación de compra-venta. • Disminución de SUDs completa 	Desenfoque del suceso traumático y alivio de la sintomatología emocional Necesidad de volver a vida normal. No existen bloqueos
10ª	5	<ul style="list-style-type: none"> • Foco sobre sentimientos de culpabilidad. • Se focaliza Cognición: "No ayudé y ¿por qué yo estoy bien?" se reprocesa a "Tengo quienes me quieran y puedo ayudar a otros" → creíble 	Reprocesamiento de sentimientos de culpa

RESULTADOS

A partir de la primera intervención se obtiene disminución de la sintomatología de reexperimentación (desaparecen las pesadillas) y de activación fisiológica; sin embargo el embotamiento afectivo persiste, de manera que es tratado específicamente, obteniéndose resultados rápidos y mantenidos.

La recuperación de memorias del evento, sin retraumatización y sin necesidad de buscar en otras fuentes, se logra a partir de la primera sesión de EMDR. Dichas memorias se integran, a lo largo de la fase 2, en un relato coherente y secuenciado. Se puede observar en la tabla 2, cómo en las diferentes sesiones cambia el foco de atención inicial, es decir, el más perturbador: en las primeras sesiones se centra en el

evento mismo, y las sensaciones asociadas a él, para luego pasar a la preocupación por la evaluación laboral, hasta finalizar con la cognición alternativa creíble.

En cuanto a la reexperimentación sólo resta en la actualidad la suscitada a partir de estímulos olfativos, si bien su frecuencia ha disminuido notablemente.

En relación a los problemas para iniciar el sueño, se enseñaron las

conductas básicas de higiene del sueño y se descondicionó el ritual de recuerdo instaurado en el momento de meterse en la cama. En relación con éste, en un primer momento se trató de romper la asociación creada con el momento de meterse en la cama. Se indicó que este ritual se realizara en otra zona de la casa. En una segunda fase se eligió una hora y lugar que hiciera más incómodo la realización de este ritual, momento en el que desapareció.

Tabla 3.- Resultados de evaluación y seguimiento por test

Test	Subescala	Resultado 1 Mayo 2004	Resultado Julio 2004	Resultado 3 Septiembre 2004
STAI	Ansiedad Estado	P.C.=45		P.C.=60-65
	Ansiedad Rasgo	P.C.=85		P.C.=75
BDI	Dep. moderada	P.D.=24		P.D.=16
Escala de Desesperanza		P.D.=6		P.D.=4
Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (EGS)	Puntuación Total de la Gravedad del TEPT (0-51, punto de corte 15)	P.D.=30	P.D.=20	P.D.=16

Como puede verse en la tabla 3, disminuye sensiblemente la sintomatología depresiva, no reuniéndose ya los criterios para un trastorno depresivo mayor, al presentar actualmente un estado de ánimo normal, haber recuperado la capacidad para el placer, el interés o deseo sexual, la capacidad de concentración y la memoria previa al atentado. Además ya no presenta

problemas para conciliar el sueño ni falta de energía. Su autoestima ha mejorado y han desaparecido los sentimientos de desesperanza e inutilidad en las tareas cotidianas.

A partir de la 13ª sesión su atención y motivación se focaliza sobre la situación más inmediata, basada en afrontamiento a la tarea de evaluación laboral lo que ha motivado

un aumento en su ansiedad percibida.

La elevación en la puntuación del STAI en ansiedad-estado, corresponde a este período. Además, la 3ª evaluación se realiza en septiembre de 2004, período en que la paciente relata reactivación de recuerdos y sensaciones, debido a información conmemorativa en los medios de masa.

Si bien, en la última sesión de EMDR se genera la cognición alternativa a la culpabilidad en la forma de "puedo ayudar a otros", no se observa hasta la sesión 17ª una intencionalidad relacionada con dicho reprocesamiento, que se expresa como la posibilidad de trabajar en alguna ONG "para ayudar a otros". En este punto, se considera realizado el procesamiento positivo del evento traumático.

En la actualidad, y en relación a los objetivos terapéuticos planteados, la paciente no cumple ya los criterios clínicos de TEPT, ya que ha disminuido notoriamente la reexperimentación, y por completo el embotamiento emocional así como la activación fisiológica. Resta y permanecen síntomas de evitación, como es la utilización del metro y el tren de cercanías. En relación al metro, en el momento de suspender las exposiciones in vivo la paciente se había ya expuesto a la situación de permanecer en el andén con multitud de personas, viendo pasar los trenes, refiriendo una ansiedad medida en USA igual a 3 (de 0 a 10). No se ha expuesto aún a subirse al vagón. Se mantiene la evitación al

tren de cercanías, objetivo que ha sido pospuesto hasta después de la situación estresante que afronta actualmente.

La sintomatología depresiva ha desaparecido. Mantiene en la actualidad conductas de autocuidado tanto en el nivel físico como emocional. El nivel de relación de pareja y vida sexual está normalizado.

Los niveles de concentración y atención se han recuperado de manera que le ha permitido dedicarse el último período de tiempo al estudio. A la fecha, ha resuelto con éxito el acontecimiento vital referido a la transacción económica, relatando sensación de alivio y sentimientos de autoeficacia, y afronta la situación de evaluación laboral.

En relación a reconocerse como víctima, la paciente ha iniciado los trámites para la indemnización como víctima del suceso.

En cuanto a la prevención de recaídas queda aún por evaluar la utilización de dichas estrategias en situaciones conmemorativas del suceso, fundamentalmente.

DISCUSIÓN

En el caso que hemos presentado, y en lo que va de tratamiento, los síntomas del TEPT disminuyen así como la sintomatología depresiva gracias a la integración de las técnicas necesarias para el tratamiento de los diferentes síntomas.

La conducta de la paciente se

focaliza, a partir de la 13^a sesión sobre el suceso vital estresante de tipo laboral que lleva a interrumpir el tratamiento, decisión apoyada por las terapeutas, por el valor normalizador que tiene si se toma en cuenta que era una de las motivaciones previas al evento traumático. A pesar de ello, se plantea la necesidad de seguir con el tratamiento hasta la desaparición total de las secuelas psicológicas del atentado terrorista, que en el momento actual se refieren a conductas de evitación del metro y tren de cercanías fundamentalmente. Nos parece destacable el reprocesamiento de la culpabilidad que se expresa como la posibilidad de trabajar en alguna ONG "para ayudar a otros".

Las mejoras clínicamente observables se muestran atenuadas en la evaluación con la Escala de Gravedad de Síntomas, pudiendo deberse, en concreto, a que la evaluación de septiembre se encuentra afectada por lo que la paciente relata como reactivación de recuerdos y sensaciones a partir de las noticias propias de la conmemoración del 11-S (nótese que se cumplían 6 meses del atentado del 11-M), y las noticias referidas a la Comisión Parlamentaria de Investigación, que estarían actuando como fuentes de victimización secundaria (Echeburúa et al, 2002). En el mismo sentido, se producen leves recaídas tras la visión por televisión de otros ataques terroristas, al igual que se ha constatado en otros pacientes con TEPT (Niles, Wolf y Kutter, 2003).

Según la revisión y metaanálisis realizado por Brewing et al. (2000),

sobre los artículos publicados en las dos últimas décadas, existen tres factores que son los más relevantes para el desarrollo del TEPT: falta de apoyo social tras el trauma, nivel de estrés habitual tras el trauma y severidad del trauma. En el caso planteado en este artículo coincide la existencia de los dos últimos factores: la presencia de dos situaciones de estrés independientes del trauma, hace que sean considerados especialmente en la terapia, y se abordan desde la resolución de problemas, y la severidad del trauma pues la paciente viajaba en uno de los vagones contiguos a los que sufrieron la explosión, en uno de los trenes afectados.

La técnica de EMDR ha sido últimamente cuestionada en varios aspectos, que incluyen la metodología de estudios que la incorporan, la aportación del movimiento de ojos a lo que podría definirse como un proceso de exposición en imaginación, la aportación de los elementos cognitivos y emocionales que la componen (Cusack y Spates, 1999), y su eficacia comparada (Deville, Spence, 1999). Davidson y Parker, (2001) encontraron, tras un metaanálisis que el EMDR no es más efectivo que otras técnicas de exposición y que el movimiento de ojos no es necesario. En este caso, el rápido descenso de las SUDS, unidades subjetivas de malestar, dentro de la sesión, coincide con los hallazgos de Shapiro (1989), Montgomery y Ayllon (1994), Cusack y Spates (1999), quienes apoyan que EMDR es más confortable para el paciente que las formas más directas de exposición al

permitir que el paciente atienda a sus memorias, sensaciones y emociones libremente.

Al concepto expuesto por Echeburúa et al (2002) en relación al peligro de que los pacientes que sólo sufren daños psicológicos a raíz de este tipo de sucesos tengan un peor pronóstico psicológico que los que presentan heridas, dado que al no considerarse a los primeros como víctimas cuentan con un menor grado de apoyo social y familiar; se puede añadir por nuestra experiencia clínica, que el propio paciente, que sólo tiene daños psicológicos, puede inhibirse a la hora de buscar ayuda dado que no se considera a sí mismo víctima.

Por ello, a pesar de que los hallazgos subrayan la importancia del diagnóstico temprano y la ayuda médica y psicológica temprana a las víctimas (Jehel, Duchet, Paterniti, Consoli, Guelfi, 2001), es posible que las víctimas psicológi-

cas del 11 M en Madrid tarden mucho tiempo en buscar ayuda y que los psicólogos que trabajamos en el ámbito clínico debamos estar atentos a estos casos. Centrarse en la identificación de aquellas personas con síntomas de evitación y embotamiento puede ayudar a detectar a las personas que requieren tratamiento y a monitorizar el curso del TEPT (North, 2001).

A la vista de la gravedad del suceso traumático, es probable que los datos de prevalencia de desarrollo de TEPT entre las víctimas de este atentado terrorista sea muy elevado. Más allá de su posible dimensión individual, y tomando en cuenta la dimensión socio-cultural del evento concreto, nos parece importante resaltar la mayor potencialidad de generar TEPT de esta situación concreta, donde a la gravedad de la situación, en cuanto número de víctimas, amenaza a la vida y lesiones, se suma la percepción social, grupal, de vulnerabilidad.

REFERENCIAS

Abenheim, L. Dab, W. y Salmi, L. R. (1992). Study of civilian victims of terrorist attacks (France 1982-1987). *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 103-109.

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª Ed. Text Revision), Washington, DC: APA.

Báguena, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés pos-traumático. *Psicothema* 13 (3), 479-492.

Bigot, T. (1998). Victimologie de la prise d'otage: etude aupres de 29 victimes. *Annales Medico-Psychologiques*, 156 (1), 22-27.

Boscarino, J. A., Galea, S., Ahern, J., Resnick, H. y Vlahov, D. (2002). Utilization of mental health services following the September attacks in Manhattan, New York City. *International Journal of Emergency Mental Health*, 4 (3), 143-156.

Brewing, C., Andrews, B. y Valentine, J. (2000). Metaanalysis of risk factors for post-traumatic stress disorders in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.

Cardenas, J., Williams, K, Wilson, J. P, Fanouraki, G., Singh, A. (2003). PTSD, major depressive symptoms, and substance abuse following September, 11, 2001, in

a midwestern university population. *International Journal of Emergency Mental Health*, 5(1), 15-28.

Carver, Ch. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: atheoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, (2), 267-283.

Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Deweiler, J., Haaga, D.A.F., Johnson, S.B., McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A. y Woody, S. (1998). Update on empirically validated-therapies, II. *The Clinical Psychologist*. 51(1), 3-16.

Cusack, K. y Spates, C.R. (1999). The cognitive dismantling of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Anxiety Disorders*, 13 (1-2), 87-99.

Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de Síntomas. Manual*. (Adaptación española J. L. González de Rivera y cols.) Madrid: TEA.

Devilly, G.J. y Spence, S. H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a Cognitive-Behavior trauma treatment protocol in the amelioration of post-traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13 (1-2), 131-157.

D'Zurrilla, T. J. y Nezu, A. M. (1990). Development and preliminary evaluation of the Social Problem Solving Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 156-163.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología (Vol.2)*. Madrid: McGraw-Hill.

Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos

de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 527-555.

Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14, 139-146.

Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 (90), 503-526.

Gilaberte, I. y Baca, E. (2000). Trastorno por estrés postraumático: estudio en una población de riesgo. *Archivos de Psiquiatría*, 63(3), 241-258.

Jehel, L., Duchet, C., Paterniti, S., Consoli, S. M. y Guelfi, J. D. (2001). Etude prospective de l'état de stress post-traumatique parmi des victimes d'un attentat terroriste. *Encephale*, 27 (5), 393-400.

Jehel, L., Paterniti, S., Brunet, A., Duchet, C. y Guelfi, J. D. (2003). Prediction of the occurrence and intensity of post-traumatic stress disorder in victims 32 months after bomb attack. *European Psychiatry*, 18 (4), 172-176.

Martín Ayala, J. L. y Paúl, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16 (1), 45-49.

Mas, B. y González, M.P. (2004): Técnica Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). En V. del Barrio y M.A. Carrasco (eds.) *Guía de Evaluación y Tratamientos Psicológicos en el Contexto Clínico*. Madrid: UNED.

Millon, T. (2002). *MCMI-II Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. Manual* (3ª edición revisada). Madrid: TEA.

Montgomery, R.W. y Ayllon, T. (1994). Eye Movement desensitization across subjects: Subjective and physiological measures of treatment efficacy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 397-409.

Niles, B., Wolf, E. y Kutter, C. J. (2003). Posttraumatic stress disorder symptomatology in Vietnam veterans before and after September 11. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191 (10), 682-684.

North, C. S. (2001). The course of posttraumatic stress disorder after the Oklahoma City bombing. *Military Medicine*, 166 (12, suppl 2), 51-52.

OMS, Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Meditor, Madrid,

Palacios, L. y Heinze, G. (2002). Trastorno por estrés postraumático: una revisión del tema. (Primera parte). *Salud Mental* 25 (3), 19-26.

Parson, E. R. (1995). Mass traumatic terror in Oklahoma City and the phases of adaptational coping: I. Possible effects of international injury/harm on victim's post-traumatic responses. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 25, 155-184.

Richards, D. A. y Lovell, K. (1999). Behavioural and cognitive behavioural interventions in the treatment of PTSD. EN W. Yule (ed.), *Pos-traumatic stress disorders: Concepts and therapy*, pp. 239-266. New York. Wiley y Sons.

Rogers, M. P., Weinschenker, N. J., Warshaw, M. G., Goisman, R. M., Rodríguez-Villa, F. J., Fierman, E. J. y Keller, M. B. (1996). Prevalence of somatoform disorders in a large sample of patients with anxiety disorders. *Psychosomatics*, 37, 17-22.

Schlenger, W. E., Caddell, J. M., Ebert, L., Rourke, K. M., Wilson, D., Thalji, L., Dennis, J. M., Fairbank, J. A. y Kulka, R. A. (2002). Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the National Study of Americans Reactions to September 11. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 288 (5), 581-588.

Schnurr, P. P., Friedman, M.J. y Bernardy, N.C. (2002). Research on Posttraumatic Stress Disorder: Epidemiology, Pathophysiology, and Assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (8), 877-889.

Sciancalepore, R. y Motta, R. W. (2004). Gender related correlates of posttraumatic stress symptoms un a World Trade Center tragedy sample. *International Journal of Emergency Mental Health*, 6 (1), 15-24.

Silver, R., Holman, E. A., McIntosh, D. N., Poulin, M. y Gil-Rivas, V. (2002). Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 288 (10), 1235-1244.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E. (1999). *STAI - Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Manual. (5ªed), Madrid: TEA

Spielberger, C. D. (2001). *STAXI-2 Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo* (versión española de J.J.M. Tobal, M.I. Casado, A. Cano, C.D. Spielberger). Madrid: TEA.

Tirapu, J. Alcaiza, C., Arrondo, A., Górriz, F., Hernández, R., Lapeña, P. y Lorea, I (2001). Tratamiento del trastorno por estrés postraumático mediante la desensibilización por movimientos oculares. *Psiquis* 22 (2), 28-36.

Trappler, B. y Friedman, S. (1996). Posttraumatic stress disorder in survivors of the Brooklin bridge shooting. *American Journal of Psychiatry*, 153, 705-707.

Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario de depresión de Beck de 1978. *Clinica y Salud*, 8, 403-422.

Wilson, S. A., Becker, L. A. y Tinker, R. H. (1999). Seguimiento de quince meses del Tratamiento de Desensibilización y Reproceso por el Movimiento de los Ojos (EMDR) en el trastorno por estrés postraumático y trauma psicológico. *RET. Revista de Toxicomanías* 19, 4-16.