

ARTÍCULOS

Nuevos enfoques terapéuticos del trastorno de estrés postraumático en víctimas de terrorismo

New psychological approaches to post-traumatic stress disorder developed by victims of terrorism

ENRIQUE ECHEBURÚA¹

PAZ DEL CORRAL¹

PEDRO J. AMOR¹

Fecha de Recepción: 13-11-2004

Fecha de Aceptación: 25-11-2004

RESUMEN

Las víctimas de terrorismo están sujetas a un estrés intenso y pueden mostrar reacciones disociativas y síntomas ansioso-depresivos. El trauma puede dañar la calidad de vida de la persona y alterar seriamente su vida familiar y social. Si los síntomas perduran más de un mes con suficiente intensidad, puede surgir un trastorno de estrés postraumático. El papel de la intervención en crisis inmediata para evitar la cronificación del trastorno no está claro, pero puede ser de interés para detectar a víctimas necesitadas de ayuda especializada posteriormente. Los ejes de la terapia son la corrección de las distorsiones cognitivas, el control de las reacciones fóbicas y de los sentimientos de culpa y el procesamiento emocional, así como la reestructuración de la red de apoyo familiar y social. Los tratamientos cognitivo-conductuales han mostrado ser eficaces para hacer frente al trastorno de estrés postraumático.

ABSTRACT

Victims of terrorism are subject to severe stress and disruption and may manifest a pattern of dissociative and anxiety/depression symptoms. The trau-

¹ Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco e-mail: eecheburua@ss.ehu.es

ma may impair a person's quality of life and disrupt his/her family and social life. If symptoms persist over a month following traumatic event, PTSD may emerge. The role of early psychological debriefing to prevent the development of a psychopathology following a traumatic event is unclear, but it may be useful to detect individuals with a need of specialized intervention. Issues addressed in therapy include among others the need to correct unrealistic expectations, dealing with guilt and phobic reactions, and family and social network reorganization. Cognitive-behavioral treatments have proved effective in facing PTSD.

PALABRAS CLAVE

Víctimas de terrorismo, Trastorno de estrés agudo, Trastorno de estrés postraumático, Intervención en crisis, Tratamientos efectivos.

KEY WORDS

Victims of terrorism, Acute stress disorder, Post-traumatic stress disorder, Psychological debriefing, Effective treatments.

INTRODUCCION

Los acontecimientos traumáticos son sucesos negativos, vividos de forma brusca, que generan terror e indefensión, ponen en peligro la integridad física o psicológica de una persona y dejan a la víctima en una situación emocional tal que es incapaz de afrontarla con sus recursos psicológicos habituales. Por ello, este tipo de hechos violentos supone una quiebra en el sentimiento de seguridad de una persona y, de rebote, una alteración de toda su estructura familiar.

El daño psicológico requiere ser evaluado también en las *víctimas*

indirectas de los sucesos violentos, que son las personas que, sin ser directamente concernidas por el atentado terrorista, sufren por las consecuencias del mismo. Es el caso, por ejemplo, de las madres que han sufrido el impacto brutal de la pérdida de un hijo o el de los hijos que se ven obligados bruscamente a readaptarse a una nueva vida tras el asesinato de su padre (Echeburúa, 2004; Finkelhor y Kendall-Tackett, 1997).

El daño psicológico se refiere, por un lado, a las *lesiones psíquicas* agudas producidas por un hecho violento, que, en algunos casos, pueden remitir con el paso

TABLA 1
DAÑO PSÍQUICO EN VÍCTIMAS DE DELITOS VIOLENTOS
(Esbec, 2000, modificado)

- Sentimientos negativos: humillación, vergüenza, culpa o ira.
- Ansiedad.
- Preocupación constante por el trauma, con tendencia a revivir el suceso.
- Depresión.
- Pérdida progresiva de confianza personal como consecuencia de los sentimientos de indefensión y de desesperanza experimentados.
- Disminución de la autoestima.
- Pérdida del interés y de la concentración en actividades anteriormente gratificantes.
- Cambios en el sistema de valores, especialmente la confianza en los demás y la creencia en un mundo justo.
- Hostilidad, agresividad, abuso de alcohol y de drogas.
- Modificación de las relaciones (dependencia emocional, aislamiento).
- Aumento de la vulnerabilidad, con temor a vivir en un mundo peligroso, y pérdida de control sobre la propia vida.
- Cambio drástico en el estilo de vida, con miedo a acudir a los lugares de costumbre; necesidad apremiante de trasladarse de domicilio.
- Alteraciones en el ritmo y el contenido del sueño.
- Disfunción sexual.

del tiempo, el apoyo social o un tratamiento psicológico adecuado; y, por otro, a las *secuelas emocionales* que persisten en algunas personas de forma crónica como consecuencia del suceso sufrido y que interfieren negativamente en su vida cotidiana (*tabla 1*).

Lo que genera habitualmente daño psicológico suele ser la amenaza a la propia vida o a la integridad psicológica, una lesión física grave, la percepción del daño como intencionado y la pérdida violenta de un ser querido. El daño generado suele ser mayor si las consecuencias del acto terrorista son múltiples, como ocurre, por ejemplo, en el caso de un atentado con secuelas físicas o en el de un secuestro finalizado con el pago de un cuantioso rescate por parte de la familia de la víctima (Baca y Cabanas, 2003; Echeburúa, Corral y Amor, 2002).

La probabilidad de que una persona que ha sufrido un atentado terrorista padezca un trastorno mental (trastorno de estrés postraumático, depresión, trastornos de ansiedad, etcétera) es de 2 a 3 veces mayor que en la población general. Esta alta probabilidad afecta tanto a los supervivientes del atentado como a los familiares directos de los fallecidos o de los supervivientes (Baca, Cabanas y Baca-García, 2002).

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y TERRORISMO

Según el *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2000), el trastorno de estrés postraumático aparece cuando la persona ha sufrido una agresión o una amenaza para la vida y cuando la reacción

emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión. Son tres los aspectos nucleares presentes en este cuadro clínico, que se diagnostica cuando ha transcurrido más de 1 mes del suceso: la reexperimentación de la experiencia vivida, en forma de pesadillas y de imágenes y de recuerdos constantes e involuntarios¹; la evitación conductual y cognitiva de los lugares o situaciones asociados al hecho traumático; y las respuestas de hiperactivación, en forma de dificultades de concentración, de irritabilidad y de problemas para conciliar el sueño.

A veces puede aparecer también una amnesia disociativa, que consiste en la imposibilidad de recordar la información relacionada con el atentado y que no puede ser atribuida a las leyes naturales del olvido. La existencia de este tipo de amnesia puede explicarse por los sentimientos de vergüenza, incluso de culpa, experimentados y por la tendencia a olvidar hechos desagradables, así como por una percepción deformada de lo ocurrido. La amnesia disociativa tiene, sin embargo, unos efectos negativos: impide la expresión emocional del suceso, evita el apoyo social adicional que se da en estos casos, bloquea la reevaluación cognitiva de lo ocurrido y, en último término,

facilita las conductas de evitación (Echeburúa y Corral, 1998).

Todo ello lleva a una interferencia significativa en el funcionamiento social y laboral, a una pérdida de interés por lo que anteriormente resultaba atractivo desde el punto de vista lúdico e interpersonal y -lo que supone una limitación muy importante- a un cierto embotamiento afectivo para recibir y expresar sentimientos de intimidad y ternura.

Más allá de las reacciones inmediatas -malestar generalizado, aislamiento, pérdida de apetito, insomnio, etcétera-, que tienden a remitir a las pocas semanas, las víctimas pueden experimentar síntomas de ansiedad y de depresión, con una pérdida de autoestima y una cierta desconfianza en los recursos propios para encauzar la vida futura. Los sentimientos de culpa existentes derivan de la atribución sesgada de lo ocurrido a los errores cometidos por la víctima, de la omisión de las conductas adecuadas (por ejemplo, no haber ayudado lo suficiente a otras víctimas) e incluso del hecho de sobrevivir entre tanta desgracia. Esta *culpa del superviviente* suele aparecer, paradójicamente, en las personas que más se han esforzado por ayudar a otras víctimas. No obstante, en general, la rabia (que refleja una

¹ Hay una diferencia entre los pensamientos intrusivos y los "flashback". Unos y otros pueden formar parte del trauma. Los pensamientos intrusivos constituyen *recuerdos* (eso sí, muy vívidos) recurrentes de lo que sucedió antes y durante el suceso traumático. Un "flashback", por el contrario, supone además revivir el acontecimiento con pensamientos e imágenes (personas, luces, sonidos, olores, etcétera), como si estuviese ocurriendo *ahora mismo*. La intensidad de la vivencia y su carácter impredecible generan en la víctima una sensación de terror.

atribución externa) y los sentimientos de culpa (que denotan una atribución interna) están inversamente relacionados. Esta autoinculpación puede dañar seriamente la autoestima de las víctimas y dificultar su readaptación emocional posterior (Echeburúa y Corral, 2001; Foa y Riggs, 1994).

Más a medio y largo plazo pueden aparecer, si bien no en todos los casos, ciertos trastornos de conducta, como irritabilidad, dependencia emocional excesiva, actitudes victimistas o rentistas, pasividad, etcétera, e incluso una mayor tendencia a la introversión y al embotamiento afectivo, que pueden enturbiar las relaciones familiares. Incluso hay una cierta tendencia a la desconexión entre el relato del atentado y la vivencia emocional. La irritabilidad es resultado de una baja tolerancia a la frustración ante los contratiempos cotidianos (los ruidos, los problemas con los hijos, el apoyo insuficiente de las autoridades, la incomprensión de la sociedad, etcétera) y puede traducirse en reacciones agresivas, normalmente dirigidas a los familiares (a quienes tienen más próximos y cuentan con una mayor capacidad de aguante) o hacia sí mismos (en forma de ideas de suicidio, de abuso de alcohol o incluso de adopción de conductas de riesgo) (Baca *et al.*, 2002).

Sin embargo, las diferencias de reacción ante un mismo hecho traumático son muy variables de unas personas a otras. Desde una perspectiva psicológica, una fragilidad emocional previa y una mala

adaptación a los cambios, así como una percepción del acontecimiento como algo extremadamente grave e irreversible, debilitan la resistencia a las frustraciones y contribuyen a generar una sensación de indefensión y de desesperanza. La fragilidad emocional se acentúa cuando hay un historial como víctima de otras conductas violentas o de abuso, cuando hay un estrés acumulativo y cuando hay antecedentes psiquiátricos familiares (Esbec, 2000; Finkelhor, 1999).

Desde una perspectiva psicosocial, un apoyo social *próximo* insuficiente y la escasa implicación en relaciones sociales dificultan la recuperación del trauma. Pero también es importante la influencia del apoyo social *institucional*, es decir, del Gobierno, del sistema judicial, de la policía, de los medios de comunicación, etcétera.

En síntesis, el alcance del daño psicológico está mediado por la gravedad y la percepción del suceso (significación del hecho y atribución de intencionalidad), 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 (*tablas 2 y 3*).

Trastorno de estrés postraumático complejo

A veces, hay factores *perpetuadores*, a modo de estrategias de afrontamiento defectuosas, que pueden agravar la duración o la intensidad del trauma. En concreto, permanecer anclado en el pasado, no compartir las emociones con nadie, formularse preguntas sin respuesta o buscar explicaciones imposibles de obtener, identificar culpables a toda costa, estar pendiente de reclamaciones judiciales sin fin, echar mano del alcohol o de las drogas, etcétera, no hacen sino complicar el problema.

En estos casos se puede llegar a un *trastorno de estrés postraumático complejo*, caracterizado por una alteración en la identidad personal, una capacidad de modulación afectiva pobre, un descontrol de los impulsos y una falta de confianza radical en las demás personas (Echeburúa, 2004).

Este tipo de trauma, complejo y resistente al cambio, es más fre-

cuente cuando el suceso ha sido extraordinariamente cruel, cuando ha supuesto una revictimización o cuando procede de una exposición precoz a la violencia en la infancia (Miller y Heldring, 2004).

Trastorno de estrés postraumático en los niños

Por lo que al trauma en la infancia se refiere, una característica muy importante es que muchos niños no expresan sus pensamientos y emociones verbalmente, sino más bien con su comportamiento. El grado en que los niños pueden verbalizar sus pensamientos y afectos depende de su edad, de su grado de desarrollo, de sus características de personalidad y del tipo de relación familiar y social (Caballero, Mojarro y Rodríguez Sacristán, 1995).

En cuanto a la edad, los niños más pequeños tienden a mostrar su dolor de una forma más global que los adultos, con conductas de retraimiento y con una pérdida de los aprendizajes y hábitos adquiridos.

TABLA 2
PERSONALIDADES RESISTENTES AL ESTRÉS

- Control de las emociones y valoración positiva de uno mismo
- Estilo de vida equilibrado
- Apoyo social y participación en actividades sociales
- Implicación activa en el proyecto de vida (profesión, familia, actividades de voluntariado, etc.)
- Afrontamiento de las dificultades cotidianas
- Aficiones gratificantes
- Sentido del humor
- Actitud positiva ante la vida
- Aceptación de las limitaciones personales
- Vida espiritual

TABLA 3
FACTORES DE VULNERABILIDAD ANTE UN SUCESO TRAUMÁTICO

<i>Biográficos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Historia de victimización en la infancia (abuso sexual, malos tratos, etc.). • Antecedentes de otros sucesos traumáticos en el pasado.
<i>Psicobiológicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Elevado grado de neuroticismo. • Baja resistencia al estrés.
<i>Psicológicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Escasos recursos de afrontamiento. • Mala adaptación a los cambios. • Inestabilidad emocional previa.
<i>Psicopatológicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos psiquiátricos anteriores (trastornos adictivos, del estado de ánimo, de ansiedad, de personalidad, etc.).
<i>Sociofamiliares</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de apoyo familiar. • Falta de apoyo social.

También se puede manifestar una ansiedad de separación respecto a los seres queridos, lo que provoca una dependencia exagerada. La capacidad de expresión verbal va aumentando con el desarrollo y sólo a partir de los 8-9 años el niño es capaz de aportar una cronología fidedigna de los acontecimientos.

Los síntomas experimentados pueden ser muy variables (alteraciones del sueño, cambios en los hábitos de alimentación, miedos generalizados, culpa y vergüenza, sobresaltos, disminución de la autoestima, etcétera) y reflejan, en último término, un grado intenso de malestar emocional y de dificultad de adaptación a la vida cotidiana. El trauma se puede expresar también en forma de manifestación de síntomas físicos (náuseas, molestias en el estómago, dolores de cabeza, etcétera) o de comportamientos regresivos en cuanto al lenguaje, la autonomía personal o el control de

esfínteres, así como de preocupación prematura por la muerte y de reacciones emocionales inesperadas. Otras veces los síntomas manifestados suponen una ampliación de rasgos preexistentes, como es el caso de los niños *nerviosos* que presentan síntomas de ansiedad o el de los niños *tristes* que muestran síntomas de depresión.

El trauma puede manifestarse de forma distinta en función del sexo. En general, los niños tienen más dificultades para expresar sus emociones que las niñas. En las niñas tienden a predominar los síntomas ansiosos y depresivos; en los niños, por el contrario, son más frecuentes los trastornos de conducta. En uno y otro sexo la inadaptación escolar y las dificultades de socialización surgen habitualmente.

Ya al margen del sexo, la reacción emocional en el niño puede ser más intensa, lo que implica un

nivel más amplio de desorganización de la conducta, pero menos duradera que en el adulto. Los niños sufren el trauma como los adultos, pero tienen más dificultades para asimilar lo ocurrido y para expresar sus emociones. Por ello, los niños tienden, más a menudo que los adultos, a culparse a sí mismos, directa o indirectamente, del suceso traumático.

A largo plazo, algunos niños albergan sentimientos de violencia y presentan una predisposición a comportamientos violentos y de venganza; otros, por el contrario, van a implicarse en conductas de riesgo que pueden poner en peligro su integridad física. Ello va a depender, en buena medida, de la reacción de los seres queridos. La traumatización de los padres y la ausencia de una atmósfera de apoyo y comunicación tienden a agravar el desarrollo psicológico del niño.

Predictores del trastorno de estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático puede estar presente en un 65%-70% de las víctimas directas de un atentado terrorista (Echeburúa *et al.*, 2002). Los principales predictores de este cuadro clínico inmediatamente después del atentado son la presencia de ataques de pánico, la disociación peritraumática (en los primeros momentos después del suceso) y la taquicardia persistente.

En los niños los cambios bruscos de conducta y el fracaso escolar sobrevenido repentinamente tras

un suceso impactante son los principales predictores del trastorno crónico de estrés postraumático.

Incluso en estos casos la evolución de este cuadro clínico va a depender del tratamiento temprano, del apoyo familiar y social (y escolar en su caso) y de las reparaciones judiciales y económicas.

El diagnóstico del trastorno de estrés postraumático no es siempre fácil de realizar. Si bien existe la posibilidad de una simulación de este cuadro clínico (por ejemplo, cuando se trata de obtener un beneficio, como en el caso de una incapacidad, una indemnización o una regularización de la situación legal en inmigrantes sin documentación en regla), es mucho más habitual la ocultación de este trastorno. Lo que lleva a la víctima a negar su existencia es el rechazo del paciente a reconocer esta patología, por lo que implica de supuesta *debilidad*, el temor a ser señalado por las demás personas y, lo que es aún más importante, el encubrimiento del cuadro clínico por otros trastornos o síntomas (abuso de alcohol, somatizaciones diversas, irritabilidad, dependencia emocional, desconfianza, retraimiento, etcétera).

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN VÍCTIMAS DE TERRORISMO

Intervención en crisis

Cualquier persona no profesional de la salud mental, como policías,

socorristas o bomberos, puede prestar unos *primeros auxilios psicológicos* a las víctimas de un suceso traumático *in situ*. Se trata, fundamentalmente, de aliviar el sufrimiento, atender a las necesidades básicas, contribuir al restablecimiento físico, poner en contacto a la víctima con su red de apoyo social, facilitar la reanudación de la vida cotidiana y derivar a los Centros de Salud Mental a las personas necesitadas. De este modo se puede prevenir, al menos en muchos casos, la aparición de trastornos psicológicos (Echeburúa, 2004; Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2002).

El *debriefing* psicológico es una intervención en crisis semiestructurada de una única sesión, en formato grupal y en el lugar mismo del suceso, que tiene como objetivo reducir los síntomas existentes y evitar la cronificación de las secuelas psicológicas de un suceso traumático. Este tipo de intervención, que tiene lugar en los primeros días tras el acontecimiento y se centra en las reacciones actuales de las víctimas evitando el etiquetado psicopatológico, promueve la reevaluación cognitiva de lo ocurrido, por medio del conocimiento detallado del suceso y de la consideración de las conductas alteradas como respuestas *normales* a una situación *anormal*, y fomenta el reprocesamiento emocional, mediante la ventilación de las emociones y la normalización de la vida cotidiana (Mitchell, 1983).

En realidad, el *debriefing* es un programa de manejo del estrés tras

un suceso crítico. De este modo, las víctimas y los profesionales de emergencia pueden comprender mejor lo ocurrido, compartir emociones, obtener apoyo mutuo y mitigar el impacto emocional del acontecimiento traumático. Un ejemplo de aplicación de un *debriefing* demorado, dirigido a los profesionales que trabajaron en el contexto de los atentados del 11-M en Madrid (médicos, ATS, teleoperadores, psicólogos, bomberos, policías, etcétera), figura descrito en Lillo, Muñoz, Parada, Puerta, Ramos, Pereira, del Val y Guijarro (2004).

Los resultados obtenidos hasta la fecha con esta técnica de intervención no han resultado concluyentes (Southwick y Charney, 2004). Es más, esta técnica puede resultar desaconsejable cuando su aplicación supone el recuerdo intenso del suceso traumático y viene acompañada de una activación fisiológica y psicológica muy alta. Sin embargo, una ventaja de esta intervención temprana es detectar a las personas con un trastorno de estrés agudo y que presentan un riesgo de desarrollar posteriormente un trastorno de estrés postraumático. Algunos de los indicadores de riesgo, en concreto, son la inestabilidad emocional de las víctimas, la duración de la exposición a los estímulos traumáticos, la intensidad de los síntomas experimentados y la disociación peritraumática (Wessely, Rose y Bisson, 1998).

En resumen, el *debriefing* no ha mostrado su utilidad por el momento, en investigaciones clínicas con-

troladas, para evitar el desarrollo de un trastorno de estrés postraumático posterior. Por ello, no está justificada su aplicación sistemática en todos los casos. Parece más urgente satisfacer las necesidades inmediatas de las víctimas (hacer frente a las heridas, atender a sus hijos, resolver los problemas laborales y económicos, etcétera) y ponerles en contacto con sus redes naturales de apoyo familiar y social. No obstante, la detección precoz de las personas de riesgo, para hacerles después un seguimiento más específico y derivarles en los casos precisos a los programas terapéuticos adecuados, puede constituir un aspecto positivo del *debriefing* (Bisson, McFarlane y Rose, 2003).

¿Cuándo es necesario el tratamiento?

Hay personas que han sufrido un atentado terrorista 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 digerir el trauma. Estas personas tienen presente siempre lo ocurrido, pero el acontecimiento traumático no interfiere 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 o menos de la cuenta, automedicarse, estar pendientes obsesivamente de los noticiarios, etcétera). Son estas personas las que, al sentirse desbordadas por el trauma, requieren una ayuda específica psicológica y, en algunos casos, también farmacológica (Southwick y Charney, 2004).

Entre estas víctimas necesitadas de ayuda se encuentran especialmente las personas que cuentan con antecedentes psicopatológicos, que han sufrido secuelas graves del atentado, 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.

Más allá de la asistencia inmediata, una víctima de un atentado sólo debe buscar ayuda terapéutica 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) o cuando una persona se nota incómoda con sus

pensamientos, sentimientos o conductas o se siente desbordada por ellos.

Principios básicos de la intervención terapéutica

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 paciente (Robles y Medina, 2002).

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 atentado, 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.

A veces, la demanda de la víctima puede modular el tipo de tratamiento ofrecido. Hay personas que sólo están interesadas en 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.

El trauma, sobre todo cuando han pasado meses o años del atentado, puede mostrarse de forma enmascarada. En lugar de la tríada primaria del trauma (imágenes intrusivas, conductas de evitación y estado de alerta), el cuadro clínico puede mostrarse en forma de depresión, de alteraciones del sueño, de consumo excesivo de alcohol o de distancia-

miento emocional respecto a las personas queridas (Trujillo, 2002). Todo ello debe ser tenido en cuenta por el terapeuta.

Tratamientos psicológicos

Los objetivos terapéuticos a corto plazo, basados en el modelo de intervención en crisis, son hacer frente a los síntomas más inmediatos y establecer unas medidas de higiene psicológica, basadas en la regularización de la comida y del sueño, en la recuperación de las rutinas de la vida cotidiana y en la expresión compartida de los sentimientos experimentados con amigos y familiares. Se trata asimismo de evitar la cronificación de los síntomas y de contrarrestar las posibles actitudes de odio y de venganza.

Más a largo plazo, los enfoques clínicos utilizados han oscilado entre un modelo más psiquiátrico, orientado genéricamente al tratamiento de los síntomas (depresión, ansiedad, alteraciones del sueño, etcétera; Sánchez, 2000), y un acercamiento más psicoterapéutico, orientado específicamente al tratamiento del trauma, como la terapia sistémica (Dreman y Cohen, 1982) y, más recientemente, la terapia cognitivo-conductual (Echeburúa, 2004; Ofman, Mastria y Steinberg, 1995; Pérez, García y Sainz, 2002).

a) *Terapia de exposición*

Un enfoque novedoso en el tratamiento del trauma es la terapia de

exposición a los estímulos traumáticos. Tratar de eludir y enterrar en el olvido una realidad intolerable para mantener el equilibrio emocional y la cohesión social es una reacción protectora natural. Por ello, el silencio y la distracción, junto con el paso del tiempo y la reanudación de la vida cotidiana, constituyen, a veces, una estrategia útil. La víctima prefiere no pensar en la experiencia vivida y no hablar con otras personas del atentado para no revivir el sufrimiento ni cargar a los demás con su drama.

Sin embargo, no siempre ocurre así. Por ello, si las víctimas presentan síntomas de reexperimentación (pesadillas reiteradas o pensamientos o imágenes recurrentes de las experiencias vividas) o conductas de ira más allá de los primeros meses después del suceso, la evitación constituye una estrategia contraindicada. En estos casos, el tiempo no lo ha curado todo por sí solo y el esfuerzo por olvidar los malos recuerdos ha resultado infructuoso. Si hay reexperimentación o irritabilidad manifiesta, se trata, en cierto modo, de un *asunto no cerrado*.

En estos casos exponerse a las imágenes del atentado bajo el control del terapeuta (es decir, pensar y hablar sobre el suceso) ayuda a digerir emocionalmente el empacho emocional que una persona ha sufrido. Así, recordar y verbalizar lo ocurrido en un ambiente de apoyo facilita la transformación de las imágenes caóticas y fragmentadas del trauma, mantenidas en la *memoria emocional*, en sucesos ordenados espacial y temporalmente bajo el control de

la *memoria verbal*. En cierto modo, se trata de poner nombre a lo que la víctima ha vivido y de guardar los recuerdos en el archivador correspondiente para que la persona pueda ejercer un cierto control sobre ellos. Es en este proceso de transformación de las vivencias en recuerdos y en la reintegración de éstos, ya digeridos, en la biografía de la persona cuando la víctima puede experimentar un alivio de los síntomas y una recuperación de la capacidad de control (Echeburúa, 2004; Rojas Marcos, 2002).

En resumen, hablar del trauma es bueno para las personas que necesitan hacerlo, siempre que no se haga de forma reiterada para que no distraiga de la atención necesaria a los hechos presentes y futuros y no produzca rechazo en los demás². Pero para las que no lo necesitan, la disposición activa al olvido y la implicación en actividades gratificantes pueden ser suficiente: las nuevas vivencias tienden a debilitar a las antiguas (Southwick y Charney, 2004).

b) Desensibilización por medio del movimiento ocular y reprocesamiento

Una variante de la exposición es la *desensibilización por medio del movimiento ocular y el reprocesamiento* (Shapiro, 1995), que consta de dos componentes: exposición en imaginación y movimientos sacádicos (rápidos y rítmicos) de

los ojos. Se trata de hacerle recordar a la víctima los pensamientos traumáticos al tiempo que, con la cabeza inmóvil, sigue con la vista los movimientos laterales en vaivén, repetidos en diferentes secuencias de 10 a 25 veces, del dedo índice del terapeuta, que está situado a 30 cm de su cara y que recorre todo el arco visual del sujeto. A continuación, la víctima debe dejar la mente en blanco y tomar aire profundamente. El tratamiento consta de 3/5 sesiones de 90 minutos de duración. Según Shapiro (1995), los movimientos oculares laterales facilitan la iniciación del procesamiento cognitivo del trauma por parte del paciente.

Las bases teóricas de esta técnica son, sin embargo, confusas y poco consistentes. No hay una evidencia clara de la eficacia de esta técnica más allá del componente de exposición y de reprocesamiento de la información (y quizá del componente hipnótico y de sugestión) que implica (Foa, Keane y Friedman, 2003).

c) Terapia grupal

La modalidad grupal puede ser también adecuada en el tratamiento de las víctimas de terrorismo. Más que en otros casos, las víctimas de un atentado pueden beneficiarse de la actuación conjunta de un tratamiento individual orientado a las necesidades específicas de cada una de ellas y de una terapia grupal

¹ Compartir con las personas de confianza reiteradamente experiencias negativas traumáticas puede reactivar el estrés emocional e interferir negativamente en el proceso natural del olvido, además de generar un hartazgo en las demás personas.

generadora de una cohesión social y de unas estrategias comunes de solución de problemas (Sánchez, González y Méndez, 2002).

El apoyo individual es necesario, pero puede resultar insuficiente para hacer frente a los problemas interpersonales planteados. Los beneficios obtenidos con un enfoque grupal pueden ser los siguientes (Álvarez de Toledo, 1996): a) superar la resistencia de las víctimas a hablar del atentado o la tendencia a hacerlo con una desconexión emocional entre lo ocurrido y lo sentido; b) explicar y comentar las consecuencias psicológicas de un hecho traumático, así como señalar la *normalidad* de las reacciones experimentadas ante un hecho *anormal*; c) romper el aislamiento a nivel familiar y social, que es consecuencia, a su vez, de la incapacidad para hablar emocionalmente del atentado; y d) ayudar a los demás miembros del grupo, lo cual contribuye a la recuperación de la autoestima.

Por otra parte, la pertenencia al grupo puede contribuir a reducir el victimismo o la rabia por el sentimiento de abandono que aparecen con frecuencia en este tipo de víctimas (Echeburúa, Corral y Amor, 2000).

Sin embargo, hay personas en las que el tratamiento grupal puede resultar inapropiado, bien porque no se van a beneficiar del mismo, bien porque van a retrasar o impedir el progreso de los otros miembros del grupo. Es el caso de las víctimas gravemente deprimidas o con tendencias paranoides, caren-

tes de motivación o que requieren una extraordinaria atención, así como el de las que muestran conductas inadecuadas (agresivas, de dependencia al alcohol o a los fármacos, etcétera) (*tabla 4*).

d) Enfoque clínico-comunitario

En nuestro entorno, con una orientación clínico-comunitaria, se ha llevado a cabo una intervención grupal con las víctimas (adultos, adolescentes y niños) supervivientes del atentado terrorista a la cascuartel de la Guardia Civil en Zaragoza en 1987. Los objetivos del programa terapéutico, que constó de 9 sesiones y tuvo una periodicidad semanal, fueron reducir el nivel de tensión emocional, entrenar a las víctimas en la toma de decisiones y en la resolución de problemas y derivar a los pacientes, en los casos precisos, a otros recursos sociales o sanitarios. La técnica utilizada fue, fundamentalmente, el entrenamiento en inoculación de estrés, que cumplió en este caso dos funciones importantes: la recuperación del sueño, que, a su vez, contribuyó a reducir la irritabilidad y el cansancio, y el intercambio de información sobre las dificultades de adaptación, que facilitó el desbloqueo de la capacidad personal para la búsqueda de soluciones. Si bien se trató de una investigación no controlada, los resultados preliminares fueron satisfactorios (Peleato, 1988).

e) Grupos de autoayuda

Las Asociaciones de Víctimas de

TABLA 4 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA TERAPIA DE GRUPO
INDICACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para establecer relaciones interpersonales de confianza • Experiencias traumáticas similares a las de los otros miembros del grupo • Compatibilidad de sexo, de edad y de nivel cultural con los otros miembros del grupo • Estilo de vida relativamente estable • Aceptación de las normas de confidencialidad
CONTRAINDICACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Tendencias suicidas activas o estado de ánimo muy deprimido • Conductas agresivas • Abuso de alcohol o de drogas • Ideas delirantes o alucinaciones activas • Pleitos pendientes

Terrorismo pueden constituir una ayuda para las personas supervivientes de un atentado o para los familiares de los fallecidos. Los beneficios aportados por estos grupos son de distinto tipo: percepción por parte de la víctima de que no es la única en experimentar este tipo de problema y de que lo comparte con alguien que puede comprenderlo vivencialmente; aprendizaje de estrategias de afrontamiento a partir de la experiencia de personas que sufren el mismo tipo de dificultades; motivación para el cambio a través de los logros de los demás, que le hacen ver que el éxito es posible, y aumento de confianza en los propios recursos; transformación de los sentimientos de odio y de venganza en energía positiva; y, por último, ayuda al resto de las personas del grupo, que contribuye a que la víctima no esté pendiente exclusivamente de sus propias limitaciones (Echeburúa, 2004).

Estos grupos están especialmente indicados en los casos de víctimas que cuentan una red de apoyo familiar y social pobre. Sin embargo, para algunas personas puede resultarles contraproducente, sobre todo cuando el contacto con estos grupos es prolongado, porque les recuerda permanentemente su condición de víctimas, les hace estar pendientes del pasado y les impide enfocar su atención adecuadamente hacia los proyectos futuros.

¿Tratamiento farmacológico?

La terapia para el trauma es, fundamentalmente, psicológica. Sin embargo, hay ocasiones en que los psicofármacos constituyen una ayuda complementaria para hacer frente a la vida cotidiana y para potenciar la terapia psicológica. Un indicador de la conveniencia de un tratamiento psicofarmacológico es la afectación grave del funciona-

miento diario y la presencia de alteraciones clínicas específicas relacionadas con el trauma, como la depresión severa, o de síntomas psicopatológicos intensos, como la impulsividad, la labilidad afectiva, la irritabilidad, la ideación suicida o el insomnio grave, especialmente cuando se mantienen más allá de un mes después de haber sufrido el atentado (Friedman, Davidson, Mellman y Southwick, 2003).

En concreto, los antidepresivos, sobre todo los inhibidores de la recaptación de la serotonina, han sido los fármacos más utilizados en el trastorno de estrés postraumático. Estos fármacos regulan el funcionamiento del sistema serotoninérgico, que se puede encontrar alterado en las víctimas de un atentado. La sertralina (nombres comerciales: *Besitrán, Aremis*), con una dosificación de 50 a 200 mg/día, es, probablemente, el antidepresivo más adecuado en este cuadro clínico. Estos fármacos actúan probablemente más sobre los síntomas asociados al trauma (depresión, impulsividad, pensamientos obsesivos, irritabilidad, etcétera) que sobre el trauma propiamente dicho, pero lo cierto es que en algunos casos, sobre todo en las fechas próximas al suceso traumático, contribuyen a reducir los síntomas que interfieren negativamente en la reanudación de la vida cotidiana y, en definitiva, a mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de la víctima.

CONCLUSIONES

El trauma puede describirse sim-

bólicamente como una lucha entre el *recuerdo involuntario* y el *deseo del olvido*. En resumen, los síntomas agudos se alivian con el paso del tiempo y con el tratamiento, pero a veces persisten una sensación de dolor y una soledad, junto con un profundo sentimiento de injusticia, que se muestran muy resistentes al cambio.

Las víctimas de terrorismo tienden a observar perfiles psicopatológicos diferentes según sea el tipo de suceso sufrido. En concreto, en las víctimas de atentado destacan los síntomas de reexperimentación y de hiperactivación; en los de secuestro, la amnesia psicógena o los síntomas disociativos, quizá porque en este caso los síntomas responden a un deseo de olvidar una experiencia traumática prolongada y de la que han derivado consecuencias indeseables (alteraciones crónicas de salud, pago de un rescate, etcétera).

Sin embargo, muchas personas se muestran *resistentes* a la aparición de miedos intensos, de gravedad clínica, tras la experimentación de un atentado. Ello no quiere decir que no sufran un dolor subclínico ni que no tengan recuerdos desagradables, sino que, a pesar de ello, son capaces de hacer frente a la vida cotidiana y pueden disfrutar de otras experiencias positivas (Avia y Vázquez, 1998; Rojas Marcos, 2002; Seligman, 1990).

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 trauma (Foa y Riggs, 1995). No se sabe aún la importancia relativa de cada uno de estos factores ni si hay algunos otros significativos.

¿Cuál es el significado profundo de la superación del trauma? Recuperarse significa ser capaz de haber integrado la experiencia traumática en la vida cotidiana y de haber transformado las vivencias pasadas en recuerdos, sin que éstos sobrepasen la capacidad de control de la víctima ni interfieran negativamente en su vida futura (Echeburúa y Corral, 2004; Herbert y Wetmore, 1999).

Proyectarse hacia el futuro es una tarea fundamental para la superación del trauma. Lo que hace una víctima en estos casos es transformar su tragedia en energía creadora y enriquecer su vida con actividades sociales útiles y gratificantes. Aceptar el sufrimiento y sobreponerse a él es algo muy positivo. De hecho, un trauma puede enseñar a una persona lo que es sufrir, pero también lo que es vivir. La estrategia básica para tratar a la víctima de un trauma es el intento de restablecer algún atisbo de esperanza en su ánimo desconsolado. No siempre es fácil encontrar alternativas, pero las hay: aprender a tener diversiones, comunicarse, admitir a las otras

personas como son, acostumbrarse a pensar de forma positiva, atender a los demás, usar la experiencia adquirida y tratar de mantener el buen humor, incluso en condiciones difíciles (Echeburúa, 2004).

Respecto al tipo de tratamiento, la terapia de exposición -en imaginación, a los pensamientos intrusivos; *en vivo*, a los estímulos evitados- parece la más efectiva para el trastorno de estrés postraumático (Echeburúa, 2004). 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 son más resistentes a la terapia (Foa, Riggs, Massie y Yarczower, 1995). La reestructuración cognitiva puede ser útil en estos casos como ayuda complementaria (Taylor y Koch, 1995).

En cualquier caso, los pacientes que se han recuperado de un trauma corren un mayor riesgo de recaídas si están expuestos en el futuro a nuevos sucesos traumáticos, estén o no relacionados con el trauma original. El riesgo de recaída siempre es una posibilidad, aun después de la remisión completa de los síntomas. La mayor o menor probabilidad de recaídas está en función de las estrategias de afrontamiento adquiridas en el tratamiento y de las experiencias vitales (Shalev, Friedman, Foa y Keane, 2003).

Por último, el autocuidado del terapeuta -en forma de trabajo en

equipo, por ejemplo- desempeña un papel muy importante cuando se trata a víctimas aquejadas del trastorno de estrés postraumático

porque una labor clínica continuada con este tipo de pacientes puede ser psicológicamente desestabilizadora (Friedman, 1996).

REFERENCIAS

Álvarez de Toledo, B. (1996). Terapia de grupo con víctimas de atentados terroristas. *Primeras Jornadas sobre Trastornos Individuales y Familiares en Víctimas de Atentados Terroristas*. Madrid. Colegio Oficial de Psicólogos.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. ed. rev.)*. Washington, DC: APA.

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.

Baca, E., Cabanas, M.L. y Baca-García, E. (2002). Impacto de los atentados terroristas en la morbilidad psiquiátrica a corto y largo plazo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 85-90.

Bisson, J.L., McFarlane, A.C. y Rose, S. (2003). Desahogo psicológico. En E.B. Foa, T.M. Keane y M.J. Friedman (Eds.). *Tratamiento del estrés postraumático*. Barcelona. Ariel.

Caballero, R., Mojarro, P. y Rodríguez Sacristán, J. (1995). El estrés postraumático.

co. En J. Rodríguez Sacristán (Ed.). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla. Universidad de Sevilla.

Dreman, S. y Cohen, E. (1982). Children of victims of terrorist activities: A family approach to dealing with tragedy. *American Journal of Family Therapy*, 10, 39-47.

Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma*. Madrid. Pirámide.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). Trastorno de estrés postraumático. En M.A. Vallejo (Ed.). *Manual de terapia de conducta (Vol. 1)*. Madrid. Dykinson.

Echeburúa, E. y Corral, P. (2001). Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 905-929.

Echeburúa, E. y Corral, P. (2004). Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático en una víctima de terrorismo. En J.P. Espada, J. Olivares y F.X. Méndez (Eds.). *Tratamiento psicológico: prácticas con casos*. Madrid. Pirámide.

Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (2000). Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático. En J. Bobes, M. Bousoño, A. Calcedo y M.P. González

(Eds.). *Trastorno de estrés postraumático*. Barcelona. Masson.

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

Esbec, E. (2000). Evaluación psicológica de la víctima. En E. Esbec y G. Gómez-Jarabo. *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*. Madrid. Edisófer.

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

Finkelhor, D. (1999). Victimología infantil. En J. Sanmartín (Ed.). *Violencia contra niños*. Barcelona. Ariel.

Finkelhor, D. y Kendall-Tackett, K. (1997). A developmental perspective on the childhood impact of crime, abuse and violent victimization. En D. Cicchetti y S. Toth (Eds.). *Developmental perspectives on trauma: Theory, research and intervention*. New York. Plenum Publishing.

Foa, E.B., Keane, T.M. y Friedman, M.J. (Eds.) (2003). *Tratamiento del estrés post-traumático*. Barcelona. Ariel.

Foa, E.B., y Riggs, D.S. (1994). Posttraumatic stress disorder and rape. En R.S. Pynoos. (Ed.). *Posttraumatic stress disorder: A clinical review*. Lutherville. Sidran Press.

Foa, E.B., y Riggs, D.S. (1995). Posttraumatic stress disorder following assault: Theoretical considerations and empirical findings. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 61-65.

Foa, E.B., Riggs, D.S., Massie, E.D. y

Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 26, 487-499.

Friedman, M. J. (1996). PTSD diagnosis and treatment for mental health clinicians. *Community Mental Health Journal*, 32, 173-189.

Friedman, M.J., Davidson, J.R., Mellman, T.A. y Southwick, S.M. (2003). Farmacoterapia. En E.B. Foa, T.M. Keane y M.J. Friedman (Eds.). *Tratamiento del estrés postraumático*. Barcelona. Ariel.

Herbert, C. y Wetmore, A. (1999). *Overcoming traumatic stress. A self-help guide using cognitive-behavioral techniques*. London. Robinson.

Lillo, A., Muñoz, F.A., Parada, E., Puerta, A., Ramos, M., Pereira, M., del Val, M.S. y Guijarro, A. (2004). Intervención psicológica tras los atentados del 11 de marzo en Madrid. *Clinica y Salud*, 15, 7-88.

Miller, A.M. y Heldring, M. (2004). Mental health and primary care in a time of terrorism: Psychological impact of terrorist attacks. *Families, Systems and Health*, 22, 7-30.

Mitchell, L.T. (1983). When disaster strikes... *Journal of Emergency Medical Services*, 8, 36-39.

Ofman, P.S., Mastria, M.A. y Steinberg, J. (1995). Mental health response to terrorism: The World Trade Center bombing. *Journal of Mental Health Counseling*, 17, 312-320.

Peleato, A. (1988). Intervención comunitaria sobre las secuelas psicológicas de un atentado terrorista. *II Jornadas de*

Psicología de la Intervención Social. Madrid.

Pérez, K., García, L. y Sainz, A. (2002). *Guía de atención psicológica a las víctimas del terrorismo. Manual de autoayuda psicológica*. Bilbao. Asociación para la Defensa de la Dignidad Humana.

Robles, J.I. y Medina, J.L. (2002). *Intervención psicológica en las catástrofes*. Madrid. Síntesis.

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

Sánchez, A. (2000). Tratamientos psiquiátricos de las víctimas del terrorismo. *Archivos de Psiquiatría*, 63, 297-309.

Sánchez, A., González, P. y Méndez, J.A. (2002). Psicoterapia breve de grupo en el tratamiento de las víctimas de atentados terroristas. *Mapfre Medicina*, 13, 40-45.

Seligman, M.E.P. (1990). *Learned optimism. How to change your mind and your life*. New York. Pocket Books.

Shalev, A.Y., Friedman, M.J., Foa, E.B. y

Keane, T.M. (2003). Integración y resumen. En E.B. Foa, T.M. Keaney y M.J. Friedman (Eds.). *Tratamiento del estrés postraumático*. Barcelona. Ariel.

Shapiro, F. (1995). *Eye desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures*. New York. Guilford Press.

Southwick, S.M. y Charney, D.S. (2004). Responses to trauma: Normal reactions or pathological symptoms?. *Psychiatry*, 67, 170-173.

Taylor, S. y Koch, W.J. (1995). Anxiety disorders due to motor vehicle accidents: nature and treatment. *Clinical Psychology Review*, 15, 721-738.

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

Wessely, S., Rose, S. y Bisson, J.L. (1998). *A systematic review of brief psychological interventions ("debriefing") for the treatment of immediate trauma related symptoms and the prevention of posttraumatic stress disorder (CD-ROM)*. Oxford, UK. Update Software, Inc.