



Revista de la Asociación Española de

Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría

España

Baldor Tubet, I.; Jerez Álvarez, M.C.; Rodríguez Piedra, R.

Intervención con grupos de víctimas del 11-M desde un centro de salud mental

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXV, núm. 94, junio, 2005, pp. 43-63

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019469005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

I. Baldor Tubet, M. C. Jerez Álvarez, R. Rodríguez Piedra

INTERVENCIÓN CON GRUPOS DE VÍCTIMAS DEL 11-M DESDE UN CENTRO DE SALUD MENTAL

INTERVENTION AT A MENTAL HEALTH CENTRE WITH A GROUP OF VICTIMS OF
THE 11 TH MARCH TERRORIST ATTACKS

■ RESUMEN

Se describe el desarrollo de la intervención realizada con tres grupos de víctimas del atentado del 11 de Marzo en Madrid, que presentaban sintomatología moderada de estrés postraumático. La intervención se ha basado en el modelo social-cognitivo de respuesta al trauma y ha seguido las recomendaciones del «debriefing».

Palabras clave: trauma, estrés postraumático, debriefing.

■ ABSTRACT

We describe the development of three groups with victims of 11th March massacre in Madrid. These persons presented moderate posttraumatic stress symptoms. The intervention has been based on the social-cognitive model and has followed the recommendations of «debriefing».

Key-words: trauma, posttraumatic stress, debriefing.



■ INTRODUCCIÓN

El 11 de Marzo de 2004 supuso para la mayoría de los ciudadanos españoles, madrileños y, en concreto, ciudadanos procedentes de todo el Corredor del Henares que habitualmente viajaban en tren hacia sus trabajos cada mañana, una ruptura brusca con su vida anterior, con su forma de entenderse a ellos mismos, a los otros y al mundo. No hay palabras para describir tal horror, ni siquiera para los profesionales que hemos tratado en los meses posteriores a todas las personas que viajaban en los trenes que explosionaron aquel fatídico 11 de Marzo. En nuestra opinión, tampoco estábamos preparados para una catástrofe de tales características. Pero, aún así, nos hemos tenido que poner manos a la obra con todo aquello que habíamos leído en los libros y con la experiencia con la que contábamos en Salud Mental (incluyendo experiencias en situaciones de crisis, tales como accidentes de tráfico, agresiones, duelos, ...), para ayudar a las víctimas a elaborar e integrar su experiencia, con el fin de recuperar, en la medida de lo posible, sus vidas.

En respuesta a la demanda previsible, la comunidad de Madrid desarrolló un plan por el que los Servicios de Salud Mental de los distritos se reforzaron con nuevas contrataciones. En Torrejón de Ardoz se contrataron dos psiquiatras, un psicólogo y un administrativo para trabajar en turno de tarde con el objetivo de garantizar que la demanda generada por el atentado (que llegó a suponer un aumento de un 50% respecto a la atendida en las mismas fechas el año anterior) pudiera ser atendida sin demora. Se utilizó el aumento de capacidad para conseguir este objetivo, aunque, para evitar la concentración de afectados en los mismos terapeutas y los posibles efectos negativos de esto, todos los profesionales del centro atendieron tanto la demanda generada por el atentado como la demanda ordinaria.

En las páginas siguientes se va a exponer lo que se ha hecho desde el Centro de Salud Mental de Torrejón una vez se realizaron dichas contrataciones. En concreto, este trabajo tratará sobre las intervenciones grupales para víctimas que se han llevado a cabo en dicho Centro. Hay que mencionar que, previamente a las referidas contrataciones, ya se habían puesto en marcha grupos de víctimas de características similares por parte de distintos profesionales del área.

Previamente, nos gustaría exponer algunos conceptos que nos han sido de gran ayuda a la hora de entender el proceso de ruptura por el que han pasado los pacientes que vivieron aquella experiencia traumática, y que a su vez nos han guiado en los contenidos que se han tratado en los grupos y en la metodología de los mismos. En relación con este apartado, es importante destacar que las personas que han participado como pacientes en los grupos llevados a cabo nos han facilitado el entendimiento de dicho proceso de ruptura de la representación de ellos mismos y de su mundo relacional quizás mucho mejor que los libros.

■ BASES TEÓRICAS

Concepto de trauma y de respuesta al trauma

Para comprender los elementos que componen un hecho traumático, y por tanto, las consecuencias y respuestas al mismo, nos ha sido de gran ayuda la elaboración del concepto que se realiza a partir de distintas experiencias traumáticas en el Programa de Autoformación de Trauma y Resistencia (Pau Pérez-Sales y cols.). Así, el *hecho traumático* constituiría una experiencia de amenaza para la integridad física o psicológica de la persona (elemento presente en todas las descripciones de trauma), que estaría asociada a vivencias de caos y confusión, así como a una fragmentación del recuerdo, absurdidad, horror, ambivalencia y desconcierto. El trauma, asimismo, tendría un carácter inenarrable o incontable e incomprendible para los demás (sólo las personas que han estado sometidas a la misma experiencia traumática podrían comprenderlo – elemento este clave a la hora de decidir hacer grupos). Por último, la situación traumática quiebra los esquemas básicos que constituyen los referentes de seguridad del ser humano, en concreto, los esquemas referentes a las creencias de invulnerabilidad y control sobre la propia vida: la creencia en la bondad del ser humano y en la predisposición humana a la empatía y la creencia en el carácter controlable y predecible del mundo (1). Este último punto, en nuestra opinión, es el que mejor explica el concepto de trauma, así como sus consecuencias en el ser humano, es decir, la ruptura que produce en los esquemas del sí mismo, del sí mismo en el mundo, y de la confianza básica en el ser humano.

Las respuestas al hecho traumático derivarían directamente del propio concepto de trauma. Así, quedaría asociado al mismo una marca indeleble y se produciría una sensación de alienación y aislamiento derivadas del carácter inenarrable e incomprendible del mismo, así como un repliegue emocional y afectivo (anestesia o bloqueo emocional). Por otro lado, se da un cuestionamiento de uno mismo, de su posición en el mundo y de presunciones básicas sobre la bondad del ser humano, la predictibilidad del mundo y la capacidad de control sobre la propia vida (lo que tendría que ver con respuestas visibles o verbalizadas como la incredulidad, shock, inseguridad, miedos y conductas evitativas). El hecho traumático también produce la necesidad de reconstruir lo ocurrido y llenar los espacios buscando un sentido o un nuevo final, y conlleva procesos personales de reformulación vital e integración de la experiencia en la propia historia vital (1).

Los criterios para el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático según el DSM-IV-TR (2) y la CIE-10 (3) no constituirían, en nuestra opinión, nada más que la cara visible de las consecuencias del hecho traumático. El énfasis se hace en los síntomas, que son vistos como signos de enfermedad, sin atender al agente causal ni a conceptos culturales propios. Para poder entender y tratar las consecuencias de un hecho traumático, creemos que es necesario tener una visión más amplia del concepto. Enfatizar la dimensión ontológica del ser humano, ver los síntomas como intentos



del organismo por elaborar e integrar la propia experiencia traumática, atender a las causas que provocaron el hecho traumático y trabajar en base a las formas propias de conceptualizar el daño en la cultura (1).

En relación con los síntomas, Pérez y cols., en el texto citado, realizan una reconceptualización de los mismos, viéndolos como elementos de resistencia. Así, el silencio, el aislamiento y la anestesia emocional tendrían que ver con un repliegue protector para permitir resituarse, las pesadillas e imágenes o pensamientos intrusivos servirían para dotar de significado a la experiencia con el fin de integrarla, y las vivencias de culpa, rabia y/o resentimiento estarían dirigidas a mantener el control sobre la propia vida y evitar la indefensión. Otras respuestas al trauma también constituirían estrategias de afrontamiento positivo: convicciones profundas (políticas, ideológicas o religiosas) como elementos estructurantes, la autodisciplina en las actividades diarias, concebir la crisis como un reto o desafío, buscar una nueva lógica que permita posicionarse en el mundo, tolerar la ambigüedad, hacer comparaciones positivas y las emociones positivas (optimismo, humor, ironía, curiosidad, pequeñas gratificaciones ...) (1).

Modelos teóricos de respuesta al trauma

Existen cinco grandes modelos: el neurobiológico, el psicodinámico, los de base cognitiva, el socio-cognitivo y el narrativo-constructivista (1). Todos ellos aportan elementos muy importantes para la comprensión de las respuestas al hecho traumático. De cada modelo hemos extraído los elementos que nos han parecido esenciales para la comprensión global de las respuestas post-traumáticas.

Así, del modelo neurobiológico, nos parece importante el concepto de shock inescapable, que daría lugar a una respuesta de indefensión aprendida, con sus diversos componentes y correlatos biológicos (como un aumento en la producción de catecolaminas). Del modelo psicodinámico, tanto Weiss como Horowitz aportan ideas importantes, que tienen que ver sobre todo con la evocación, tras el trauma, de vivencias relacionadas con procesos pasados conscientes o inconscientes de la persona y los mecanismos de defensa puestos en funcionamiento fruto de aprendizajes inconscientes tempranos. De la perspectiva cognitivo-conductual, nos parece importante la noción de activación de esquemas cognitivos amenazantes – memoria del miedo (que los psicodinámicos llamarían aprendizajes inconscientes), y la explicación conductista de los estados de hiperalarma y de las conductas de evitación. El modelo narrativo-constructivista aporta un punto muy importante para la comprensión de la respuesta al trauma: la construcción de la realidad por parte de cada persona, dando importancia no a los hechos, sino a la versión de los mismos. La terapia se basaría en la generación de narrativas alternativas. Por último, el modelo socio-cognitivo es, quizás, el que más elementos aporta para la comprensión de las consecuencias del trauma. Sin tener en cuenta este modelo, creemos que no se podría llegar a comprender bien dichas consecuencias.

Por las razones expuestas, nos vamos a detener a comentar más detalladamente este modelo. Aquí lo importante sería el modo en el que el hecho traumático cambia la visión que tiene la persona de ella misma y del mundo. En efecto, para funcionar, las personas contamos con ciertos sesgos cognitivos que tendrían que ver con la ilusión de control, de bondad y de invulnerabilidad. Tras experimentar un hecho traumático, muchos de los esquemas básicos sobre uno mismo, los otros y el mundo son cuestionados, produciéndose una auténtica ruptura con la vida anterior. El efecto de esta ruptura dependerá de la historia personal de cada uno (sistema de creencias previo y centralidad de esquemas cognitivos en cada individuo), de la situación traumática y de la vulnerabilidad preexistente producto de relaciones vinculares problemáticas en la infancia o la adolescencia (incluyéndose aquí todo lo que los psicodinámicos, como Weiss o Horowitz dicen sobre los aprendizajes inconscientes tempranos).

Los esquemas básicos que pueden ser cuestionados tras el trauma son (1):

(1) En cuanto a las creencias respecto a uno mismo:

Seguridad: creencia en la invulnerabilidad personal.

Confianza: ser una persona fuerte y válida.

Plenitud: convencimiento de un futuro de bienestar personal.

Responsabilidad: asunción de las consecuencias de cada acto.

(2) En cuanto a las creencias respecto a los otros:

Confianza en los demás: bondad del ser humano.

Comunicación: entendimiento, gratificación.

Intimidad: compartir, ayudarse, relacionarse.

(3) En cuanto a las creencias respecto al mundo:

Predictibilidad: controlabilidad, lógica, anticipación de consecuencias.

Propósito: Significado vital.

Terapéutica de los síntomas post-traumáticos

Con respecto a la terapéutica de los síntomas posttraumáticos, hemos de decir que nos han servido de gran ayuda, tanto el texto al que nos hemos venido refiriendo, como la Guía de Intervención Psicosocial elaborada por «Mental Health Workers without Borders» en agosto de 1999 (que incluye el «debriefing» psicológico, descrito por Mitchel en 1983) (4) e incluso la Guía de Autoayuda elaborada por la Facultad de Psicología de la UCM tras el atentado del 11 de Marzo (5).

En cuanto al texto de «Trauma y Resistencia» de Pau Pérez-Sales y cols., pasamos a exponer a continuación algunos criterios generales que son centrales a la hora de tratar las respuestas al trauma (1):

- El «criterio de verdad» no es lo relevante. Se trabaja con lo que el paciente trae a la terapia, con sus discursos sobre sí mismo y sobre los hechos, y con la construcción de una verdad que le es soportable y le permite vivir.



- La narración de los hechos *per se* no es terapéutica si la persona no entiende que puede ser de utilidad narrar los hechos de manera estructurada, si no desea hacerlo o si no hay tiempo suficiente para abrir temas dolorosos que puedan quedar a la mitad o si no se dan las condiciones mínimas de intimidad para hacerlos con confianza.
Estos dos puntos tendrían que ver con algo importante que hay que tener en cuenta a la hora de tratar a estos pacientes, y es el respeto tanto del momento en el que los mismos quieren hablar de lo ocurrido como de las narrativas que traen a consulta que no tienen por qué coincidir con los hechos objetivos, sino más bien con su percepción de los mismos.
- Las relaciones de poder se convierten en un elemento especialmente importante, de tal manera que el paciente tiene que sentir que se le dan elecciones con el fin de que pueda tener un sentido de control de lo que ocurre. Así, se debe pedir permiso para entrevistarlo, justificar la necesidad de hacer ciertas preguntas, no imponer un ritmo y ofrecer opciones.
- En la entrevista, es necesario mantener una actitud corporal que facilite la comunicación, no rehuyendo en ciertos momentos del contacto físico con las manos, aunque con prudencia para que no sea vivido como una invasión del espacio personal. En este sentido, hemos de decir que siempre hemos tenido la impresión de tratar con pacientes en los que la relación era más igualitaria y espontánea en cuanto a contacto físico, autorrevelaciones y límites, lo que pensamos que tiene que ver con que siempre partimos de la base de que estos pacientes no eran «enfermos», sino personas cuyas reacciones ante lo ocurrido eran totalmente normales y que contaban con la capacidad suficiente para afrontar una situación de crisis de tal envergadura.
- Asimismo, el uso del silencio es especialmente relevante. Por ello, aguantar el silencio, la información angustiante y el dolor de la otra persona el tiempo que sea necesario y sin perder la calma es una de las habilidades básicas en esta situación. En este punto, hemos de decir que en los grupos decidimos romper el silencio ya que generaba un aumento de la ansiedad bastante llamativo. No así en la consulta individual con los pacientes, en dónde sí hemos podido comprobar el valor del silencio.
- Un terapeuta puede llorar en determinados contextos, e incluso esto puede fortalecer el vínculo terapéutico. Por otro lado, habrá que reflexionar sobre los elementos de la historia personal que se han visto removidos por la narración del paciente. Este punto se uniría al de la facilitación de la comunicación mediante la actitud corporal, siempre sin perder de vista los objetivos del grupo.
- Es fundamental reconocer y partir de que el hecho traumático es inenarrable e incomprensible. Para poder «escuchar» y «acompañar» no es necesario «entender». Así, el terapeuta debe intentar evitar decir que «entiende» por lo que ha pasado la persona.

- Suele estar más indicado iniciar el trabajo a partir de la identificación y designación de emociones, para desde aquí acceder de manera natural a las creencias y pensamientos que subyacen, constituyendo los cambios de conducta el corolario lógico de lo anterior.
- El objetivo no es olvidar lo ocurrido. El hecho es ya parte de la persona, por lo que lo relevante es integrar el hecho traumático. No consiste en «volver a ser el de antes», sino «poder vivir con ello». Este punto resulta de especial interés, dada la frecuencia con que en la población normal se utiliza la frase: «lo que tienes que hacer es olvidarte de todo y seguir con tu vida».
- Es importante la reconceptualización de los síntomas en términos de búsqueda de recuperación del equilibrio homeostático y, por tanto, como signos de recuperación. O lo que es lo mismo, la normalización de los síntomas. En este punto, nos ha resultado de especial interés el uso de metáforas terapéuticas (situaciones en las que el cuerpo se ponga ante una situación física extrema y las consecuencias de estas situaciones sobre el cuerpo, como por ejemplo: *bañarse en un lago helado, tiritar, entrar en calor o estar bajo un sol muy fuerte, sudar, regular la temperatura corporal*), así como la resignificación de los síntomas post-traumáticos como respuestas normales ante situaciones anormales, como intentos del organismo por recuperarse, integrar lo ocurrido y salir adelante. La Tabla 1 presenta la reconceptualización de los síntomas post-traumáticos como respuestas normales ante situaciones anormales, que se lleva a cabo en el texto de Pau Pérez-Sales *Trauma y Resistencia* (1):



Tabla 1: Resignificación de los síntomas de estrés postraumático.

Tomado de Pérez-Sales, Pau y cols (1)

SÍNTOMAS	RESIGNIFICACIÓN
Miedo	Reacción de defensa ante un hecho amenazante. Permite protegerse y ser prudente.
Síntomas intrusivos (flashbacks, pesadillas, rumiaciones)	a. Como un intento de dar sentido a la experiencia, como un intento del cerebro de asimilar lo ocurrido, de buscar un final a la película o una explicación. b. Como un intento de la mente por no olvidar a las personas o las cosas que se han perdido en lo ocurrido.
Síntomas de anestesia emocional de despersonalización o de extrañeza	Intentos de la mente por desconectarse de la realidad, de poner un poco de distancia respecto al mundo y darse un tiempo muerto de respiro y recuperación.
Ganas de estar solo y aislarse	Intentos por no perder el control cuando la sensación de alienación o de ser incomprendido son muy fuertes.
Hiperactivación y alarma	Cuando se está sufriendo una agresión es necesario estar atento a todo, vigilante. Es una actitud del cuerpo agotadora pero que nos protege. Una vez pasada la amenaza ya no es necesario mantenerla, pero a veces el cuerpo sigue manteniendo la alerta aunque el peligro haya pasado.
Resentimiento	Un sentimiento comprensible si no se siente suficiente apoyo. Pero ¿cómo está influyendo la persona a su vez en los que le rodean? ¿qué reacciones provoca?
Tristeza	Un modo de pararse a pensar y prepararse.
Reacciones demasiado radicales que no son habituales	En situaciones de amenaza vital hay que tomar decisiones rápidas en cuestión de segundos y las cosas y las personas deben ser «buenos» o «malos», «amigos» o «enemigos», pero pasada la situación de alarma, seguir funcionando con esta estrategia que <i>era correcta y adaptativa</i> nos dificulta la vida. No se puede ir por la vida normal «listo para la acción».
METÁFORA GLOBAL DE INTEGRACIÓN Y CAMBIO	
Árbol sin flores ni frutos (metáfora de la hipótesis del déficit)	El respeto e incluso la belleza del tronco retorcido de un olivo centenario (metáfora de la integración de las experiencias vividas, que son imposibles de borrar, y del crecimiento post-traumático).

- El tratamiento combinado con farmacoterapia y psicoterapia es más eficaz que cualquiera de estas opciones por separado. En la primera fase, de reacción aguda al estrés, está indicado tratamiento sintomático de apoyo con algún fármaco de perfil sedante, lo que permite aumentar la calidad del sueño, colocar la angustia en niveles tolerables y frenar la aparición de síntomas disociativos o conversivos, todo lo cuál va a facilitar la integración de lo ocurrido en la historia vital de los afectados.
- Las técnicas específicas de los fenómenos intrusivos o de evitación se emplean de modo puntual como vía para aliviar algunos síntomas concretos que están bloqueando el avance y provocan un importante sufrimiento para la persona. Punto que tenemos en cuenta para pacientes con sintomatología resistente o que no mejoren lo suficiente como para retomar sus actividades cotidianas.
- Se ha considerado relevante, aunque no queremos decir por ello que se aborden todos los puntos ni en todos los pacientes, todo lo que tiene que ver con la *fragmentación del ser humano*: apoyo en relaciones significativas, experiencias de reconstrucción, derecho al resentimiento y la rabia – manejo del resentimiento, analizar el quiebre humano desde el análisis de las preconcepciones (se hace evidente el sistema previo de creencias y sus raíces para intentar entender por qué precisamente ese hecho traumático en este momento de su vida provoca

unas consecuencias tan devastadoras), trabajar conjuntamente en la búsqueda de una lógica estructurante, verbalizar y explicitar el miedo, tolerancia a la ambigüedad (el azar es parte de la existencia, lo importante no es controlar, sino disponer de la suficiente flexibilidad como para adaptarse a las situaciones imprevistas), azar versus control (resonancia personal del concepto de azar en cuanto al ser humano, uno mismo y el ser en el mundo), rigidez versus flexibilidad, manejo de la duda ontológica, y atribución de responsabilidad y culpa.

En la Guía de Intervención Psicosocial elaborada por «Mental Health Workers without Borders» en Agosto de 1999, se describe la técnica de «debriefing» (4), al igual que lo hace Gisela Perren-Klingler en *Experiencias traumáticas: Intervenir a tiempo para prevenir trastornos*. Aunque esta autora refiere en el texto que el debriefing ha de llevarse a cabo al menos 72 horas después o durante la semana siguiente, en la Guía de Intervención Psicosocial se dice que se puede llevar a cabo en los días siguientes al hecho traumático hasta un año después del mismo.

El «debriefing» fue inicialmente propuesto por J. Mitchell en el *Journal of Emergency Medical Services* en 1983 (4). Su objetivo es ante todo prevenir la cronificación de las reacciones normales al trauma y detectar de forma precoz los trastornos que necesitan de una asistencia específica. La intervención consiste en un grupo de discusión que brinda una oportunidad para expresar y compartir emociones de rabia, enfado, indefensión o miedo y aprender a que otros que pasaron por la misma experiencia comparten dichas emociones y, por tanto, que son normales. Los participantes, por tanto, se dan cuenta de que no están solos. Cuando sea posible, es recomendable que el grupo sea conducido por un terapeuta y un coterapeuta, de tal manera que este último esté disponible para aquellos participantes que necesiten abandonar temporalmente la sesión debido al desbordamiento emocional, así como para ayudarles a que vuelvan a la sesión cuanto antes. El «debriefing» se lleva a cabo a través de varias fases, pero puede ser modificado para tener en cuenta las necesidades de determinados grupos de víctimas, diferencias culturales, efectos de los diferentes tipos de trauma, etc. (4)

Fase 1: Introducción. Se explican el procedimiento y los objetivos. Se busca normalizar las experiencias de los participantes. Se responde a preguntas y se establecen las reglas: nadie está obligado a hablar, todos deben escuchar a los otros y permitirles decir lo que quieran, los participantes deben hablar en su nombre y no en el de otros, si alguien se desborda, debe intentar permanecer en el grupo, pero si debe salir, intentará regresar lo antes posible, todo lo que se hable en el grupo es confidencial.

Fase 2: Narrativas. En esta fase, el objetivo es compartir los hechos con los demás. Preguntar qué pasó desde la perspectiva de cada participante, evitando centrarse sobre las distintas reacciones psicológicas en este punto. Si lo hacen, tratar de

reconducirles hacia los hechos (sin olvidar la perspectiva de cada uno: lo importante no es la verdad, ni los hechos objetivos, sino cómo lo percibió cada uno de los participantes).

Fase 3: Reacciones. En esta fase, se comparten los pensamientos y sentimientos que surgieron ante el hecho traumático. Los participantes aprenden que otros comparten sus mismas reacciones, así como que cambios en la comprensión de lo que ocurrió pueden llevar a cambios en los sentimientos o emociones. Preguntar por los pensamientos y por las emociones surgidos durante el trauma, conectarlos y preguntar por emociones surgidas en los días y semanas siguientes llegando hasta el momento actual. Las emociones deben ser contenidas en esta fase y si alguno de los participantes piensa que está a punto de desbordarse o alguno de los terapeutas observa que esto puede ocurrir, se debe invitar al participante en cuestión a abandonar la sesión acompañado del coterapeuta, indicándoles que vuelvan en cuanto logre que su reacción sea lo suficientemente tolerable como para seguir en el grupo. Por último, es importante explorar las estrategias de afrontamiento que los participantes han ido poniendo en funcionamiento.

Fase 4: Educación. En esta fase se hace especial énfasis en la educación. Se resume la sesión, conectando las distintas narrativas con las respuestas emocionales, cognitivas y conductuales. Se advierte a los participantes que pueden surgir nuevos síntomas y que los que presentan en la actualidad no van a remitir de repente, enfatizando, por otro lado, que dichos síntomas serán temporales. Se enseñan técnicas de manejo del estrés y se enfatiza la importancia de descansar, alimentarse correctamente y hacer ejercicio, hablar con otros y concretar los retos que deben ir alcanzando. Se identifican a aquellos que necesitan continuar con una terapia. Se da información sobre posibles ayudas en un futuro y se cita a los participantes para una sesión de seguimiento.

Fase 5: Seguimiento. En esta fase, se pregunta por lo que ha resultado de ayuda a los participantes y se identifican los problemas que van a necesitar de una atención más específica.

Por último, la Guía de Autoayuda elaborada por la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (5), se dirige directamente a los afectados, explicándoles qué es normal que les ocurra y en qué casos deben pedir ayuda profesional. Asimismo, facilita un listado de cosas que se pueden hacer para prevenir problemas futuros: aceptar sentirse mal, ya que es normal en una situación como ésta; no intentar buscar explicaciones lógicas a lo ocurrido; pasar tiempo en compañía de otras personas; comentar lo que ha pasado con personas cercanas; si sirve de ayuda, hablar de cómo se siente uno; si no se puede hablar, escribirlo; tomarse tiempo para llorar en caso de que se necesite, no retener o esconder los sentimientos; volver a la rutina diaria e intentar organizar actividades para los próximos días; enfrentarse lo antes posible a lugares y situacio-

nes que recuerden lo que ha pasado, aunque se pase mal; ponerse pequeños retos; intentar descansar y dormir lo suficiente; hacer algo para sentirse algo mejor (un baño, tomar el sol, escuchar música etc.); hacer algo que ayude a sentirse útil (donar sangre, participar en acciones en respuesta a la situación, etc.); intentar aislarse en algunos momentos de lo que sucede alrededor (apagar la tele, distraerse, etc.). Y, asimismo, facilitan algunas técnicas que son útiles para controlar el malestar y para elaborar e integrar la experiencia traumática en la historia vital de los afectados, evitando tecnicismos y por tanto su lectura y aplicación (5).

INTERVENCIÓN PROPUESTA

A continuación se van a describir los tres grupos que se han llevado a cabo en el Centro de Salud Mental de Torrejón de Ardoz que ya están terminados y en los que ya se ha celebrado una sesión de seguimiento.

Los objetivos generales planteables para los grupos de apoyo son, fundamentalmente, prevenir la cronificación de las reacciones normales (síntomas) ante la situación traumática y facilitar el proceso de recuperación que pasa por la elaboración e integración del atentado terrorista en la historia de vida de los afectados.

Como se verá más adelante, las sesiones toman la forma del «debriefing» propuesto por Mitchell, añadiendo algún elemento y teniendo en cuenta lo anteriormente referido en cuanto a la terapéutica de las respuestas postraumáticas.

Se plantean 4 sesiones semanales, a lo que se añade una sesión consistente en ir en el tren hasta Atocha y 3 sesiones de seguimiento, al mes, a los 3 meses y a los 6 meses.

POBLACIÓN ATENDIDA

Se llevan a cabo tres grupos, en cada uno de los cuales se incluyen nueve sujetos, todos ellos afectados por el atentado al viajar la mañana del 11 de Marzo en alguno de los trenes que explosionó. Todos ellos salieron ilesos, salvo una mujer que tuvo lesiones muy leves.

Se realiza entrevista de evaluación previa a la inclusión en los grupos, valorando que los afectados, tal y como se ha mencionado en el párrafo anterior, hubieran sido testigos de lo ocurrido y estuvieran teniendo síntomas de estrés postraumático que estuvieran interfiriendo notablemente en el desempeño de sus tareas cotidianas o en su mundo relacional. Asimismo, se valoraban antecedentes psiquiátricos o psicológicos, así como la posibilidad de que coexistieran otras psicopatologías en el momento del atentado.

La única variable que se tiene en cuenta a la hora de formar los 2 primeros grupos es el «país de origen» con el fin de que estén representados en ambos diferentes nacionalidades, con todo lo que ello implica en cuanto a variabilidad cultural y difi-



cultades añadidas para los afectados que no son originarios de España. Por lo demás, los afectados son asignados aleatoriamente a los grupos. En cuanto al grupo 3, al comenzar un mes más tarde que los otros 2, consta de los sujetos que en ese momento estaban acudiendo a este Centro:

Grupo 1: 4 españoles, 3 ecuatorianos y 2 rumano, de los que 6 son mujeres y 3 son hombres.

Grupo 2: 4 españoles, 3 ecuatorianos, 1 colombiano y 1 rumano, de los que 6 son mujeres y 3 son hombres.

Grupo 3: 4 españoles, 2 ecuatorianos y 3 colombianos, de los que 6 son mujeres y 3 son hombres.

Del grupo 1 acuden regularmente a las sesiones 6 personas, del grupo 2 acuden 7 personas y del grupo 3 acuden 5 de forma regular. Los tres grupos son conducidos por un terapeuta y un coterapeuta.

■ DESARROLLO DE LA TERAPIA

Previamente a la 1^a sesión, se les administra una «Escala de síntomas de estrés agudo» con 22 ítems y 4 posibilidades de respuesta (nada, un poco, bastante, mucho). Se puntúan, arbitrariamente, dichas respuestas de la siguiente manera: nada=1 punto, un poco=2 puntos, bastante=3 puntos y mucho=4 puntos. La puntuación mínima sería de 22 puntos y la máxima de 88. Lo cuál significaría que una persona que no presenta síntomas de estrés postraumático tendría una puntuación de 22, si la puntuación obtenida va de 22 a 44, la persona presentaría síntomas leves, la puntuación que oscila entre 44 y 66 significaría una sintomatología moderada y la puntuación entre 66 y 88 significaría que la persona presenta síntomas graves de estrés postraumático.

1^a Sesión

Se lleva a cabo la *presentación* del terapeuta y coterapeuta. Se plantean los *objetivos del grupo*, es decir:

- Facilitación del proceso de recuperación, elaborando e integrando lo ocurrido en la historia de sus vidas, de tal manera que el hecho traumático no constituya la historia de su vida, si no que forme parte de la misma junto con todas sus demás vivencias.
- Explicación del formato en grupo: el hecho traumático es inenarrable e incomprendible para las personas que no lo han vivido. Por eso, el grupo puede facilitar el proceso de elaboración e integración.

Asimismo, se explican las *reglas* que deben seguirse: confidencialidad, importancia de acudir a todas las sesiones, si alguno de los pacientes pasa por alguna situación de desbordamiento emocional, podrá salir con el coterapeuta del grupo, tratando de

reincorporarse al mismo lo antes posible, el papel del terapeuta en el grupo será el de dirigir la sesión, reconducirla en caso necesario, señalar, centrar, contener e invitar a los participantes a hablar, respetando siempre el momento en que quieran hacerlo.

Los *objetivos específicos* en esta 1^a sesión son: normalizar los síntomas, reconceptualizándolos, y compartir la vivencia de lo ocurrido con los demás, centrándose en la percepción de los hechos por parte de cada uno de los participantes.

A tal fin, se les pide a los miembros del grupo que compartan su vivencia particular del atentado con los otros participantes, que cuenten cómo se encuentran, lo que les está pasando y cómo interfiere con su vida diaria.

Ambos grupos comienzan relatando los síntomas que presentan: ansiedad, insomnio, pesadillas, miedo intenso y evitación de lugares relacionados con lo ocurrido, imágenes «que no se les van de la cabeza» y una gran sensación de inseguridad. La gran mayoría de ellos no ha montado en el tren desde el día del atentado. A medida que van saliendo los distintos síntomas, se trata de reconceptualizarlos, haciendo hincapié en que son reacciones «normales» del organismo ante una situación «anormal» y que constituyen intentos por dar un significado a lo ocurrido para poder elaborarlo e integrarlo en las experiencias vitales de cada uno de ellos.

En relación con lo anterior, se les da información sobre las cosas que pueden hacer para mejorar: venir al grupo y compartir sus experiencias, ponerse pequeños retos, tener momentos relajantes, descansar y alimentarse adecuadamente, no abusar del tabaco ni del alcohol, etc.

A continuación, van relatando cómo vivieron el atentado cada uno de ellos. Se resalta la importancia de centrarse en los hechos y, aunque salen emociones como el miedo, la impotencia y la confusión, no nos centramos en ellas. Algunas personas se muestran muy contenidas al relatar los hechos, y tratan de evitar determinados relatos, imaginamos que por temor al desbordamiento. Asimismo, se observa claramente como todos los miembros del grupo conectan rápidamente con las experiencias relatadas por los otros participantes. Se les invita a que incluyan en su relato no sólo lo que hicieron, si no también lo que vieron, oyeron y olieron. Al final de la sesión se hace una recapitulación de la misma, señalando la comunalidad de los síntomas que presentan y de la mayor parte de sus relatos.

De vital importancia en esta 1^a sesión resultan el respeto a la decisión de hablar o no, aunque animábamos a ello, no hacer uso del silencio por la ansiedad que generaba en el grupo, las continuas señalizaciones por nuestra parte en cuanto a la conveniencia de dirigirse a todo el grupo y no a los terapeutas y la necesidad de ir aumentando la directividad para permitir que todos los afectados pudieran tener su espacio para compartir su experiencia en esta sesión.



2^a Sesión

Los *objetivos específicos* de esta sesión son: compartir los pensamientos y sentimientos surgidos durante y después del hecho traumático con el fin de integrarlos en el relato de la percepción de los hechos.

Primeramente, se les pregunta por cómo se han encontrado desde la última sesión. Llama especialmente la atención que todos los participantes refieren un gran alivio tras compartir con otras personas que han pasado por la misma experiencia su vivencia de lo ocurrido. Posteriormente, se hace una pequeña recapitulación de lo tratado en la sesión anterior y se les invita a que comparten con los demás qué pensaron y qué sintieron en el momento en que todo estaba ocurriendo, en primer lugar, y después de lo ocurrido hasta el momento actual, en segundo lugar.

Surgen el miedo intenso por la propia vida, pánico, bloqueo, confusión, aturdimiento. Poco después, al ver la dimensión de lo ocurrido, también surge la impotencia. Las interpretaciones más frecuentes tienen que ver con un choque de trenes, caída de un cable de alta tensión, y, en cuanto oyen una segunda explosión, con una bomba y el pensamiento de muerte inminente tras interpretar que todo iba a estallar. Todos los miembros del grupo conectan con lo que se está expresando. Algunos participantes comentan que en los días siguientes al atentado se han sentido culpables por salir corriendo y no ayudar. Otros refieren rabia y enfado. Se cuestionan estas emociones, sobre todo por los propios miembros del grupo, y se les anima a buscar narrativas alternativas (por ejemplo, la culpa: se les pregunta cómo se sentían en ese momento, a lo que responden que pánico y miedo intenso por la propia vida, y se les invita a que piensen si esa emoción es compatible con ayudar; el enfado, preguntando por emociones alternativas que podrían haber surgido y que el enfado impide que salgan, como la impotencia, la sensación de vulnerabilidad, de incontrolabilidad...).

Asimismo, se cuestionan interpretaciones surgidas en los últimos días con respecto a la posible amenaza terrorista que hay detrás de tanto militar transitando por las vías (por ejemplo, preguntando directamente si piensan que puede haber alternativas a la amenaza terrorista entre las razones por las que hay tantos militares o policías en las vías y en los vagones de los trenes. Surgen la seguridad, el premio Cervantes, la boda del príncipe, etc.).

Según van expresando sentimientos y pensamientos los pacientes, se hacen pequeñas recapitulaciones en las que se ponen en conexión ambos. Al final de la sesión, también se pone en relación la comunalidad de las reacciones relatadas.

Resulta especialmente llamativo en esta sesión cómo comienzan a salir contenidos relacionados con vivencias anteriores o incluso con problemas actuales que les estaban generando un gran malestar emocional, la facilitación de narrativas alternativas, sobre todo para los afectados que sintieron una gran culpa, el manejo de una participante que se desborda, invitándola a salir fuera de la sesión con la coterapeuta y a volver a entrar lo antes posible (la cuál estaba atravesando por una situación

conflictiva de tipo afectivo que no había sido capaz de expresar hasta ese momento) y, de nuevo, el uso de la directividad o la retirada de atención en caso de afectados que trataban de acaparar la sesión con temas irrelevantes.

3^a Sesión

Los *objetivos específicos* de esta sesión son la exploración de los recursos personales o capacidades con los que cuentan los participantes a través de la resolución de situaciones difíciles del pasado.

Primeramente, se hace un pequeño resumen de la sesión anterior, haciendo especial hincapié en las emociones y pensamientos que fueron saliendo, para a continuación preguntarles por cómo se han sentido desde la última sesión. Casi todos los pacientes refieren una gran mejoría. Van afrontando nuevos retos, pueden distraerse, y aunque muchos de los síntomas siguen presentes, el grado de malestar subjetivo ha ido disminuyendo considerablemente. Se normalizan estos síntomas y se les comenta que pueden seguir estando presentes durante un tiempo, aunque irán disminuyendo poco a poco, volviendo a insistir en que éstos constituyen formas de recuperar el equilibrio y darle un sentido a lo ocurrido de cara a integrarlo en las vivencias personales de cada uno de ellos.

Como ya han ido saliendo situaciones del pasado que les resultaron difíciles y que han relacionado espontáneamente con lo ocurrido y sus consecuencias, se les anima a que se centren en esta sesión en dichas situaciones y en cómo las afrontaron. Resulta interesante cómo un hecho traumático reactiva traumas anteriores, tales como accidentes de coche, fallecimientos de personas muy cercanas, otros atentados, situaciones de maltrato y emigración en condiciones extremas. Animamos a los pacientes a que hablen de cómo afrontaron tales situaciones y lo vamos recogiendo según lo van relatando: salen el espíritu de lucha, la capacidad para tomar decisiones y llevarlas a efecto, para pedir y ofrecer ayuda, para hablar de las emociones dolorosas, para adaptarse a otro país y otra cultura, para entablar relaciones, para aceptar situaciones que no se pueden cambiar y que no dependen de ellos, para no buscar lógica en algo que es ínterinsecamente ilógico, etc. Hacemos hincapié en que son estas capacidades de afrontamiento los recursos personales con los que cuentan para superar lo ocurrido, para elaborarlo e integrarlo, para que no controle sus vidas y no se convierta en la historia de su vida, o, en definitiva, «para vivir con ello y pese a ello». Sin olvidar tampoco que el haber venido a un grupo y haber podido hablar y compartir su experiencia con todo lo doloroso que resulta también es una capacidad con la que cuentan.

En esta sesión, de nuevo, volvemos a hacer uso de la directividad, en los momentos que así lo requerían, y siempre con el objetivo de permitir que todos los participantes pudieran hacer uso de este espacio para compartir sus experiencias y elaborar lo ocurrido.



4^a Sesión

Los *objetivos específicos* de esta sesión son: recapitular sesiones anteriores, explorar asuntos pendientes, reforzar los logros y preparar sesión de exposición al tren.

En efecto, en esta sesión les devolvemos a los participantes todo lo que se ha ido haciendo a lo largo de las sesiones de tal forma que todo cobre un sentido (ellos ya han referido esa sensación de que las piezas de la vivencia que forma parte de su historia han ido encajando a lo largo de las sesiones). Se enfatizan los recursos con los que cuentan y que han puesto en funcionamiento para abordar lo ocurrido. Se les pregunta por asuntos pendientes y muchos de ellos refieren la evitación del tren, alguna pesadilla y sensación de estar hiperalerta y con gran irritabilidad. Se vuelven a normalizar estos síntomas y se hace especial hincapié en que el hecho de que algunos de ellos aún no hayan remitido del todo (sí mejorado notablemente), no significa que estén en el punto de partida, si no más bien en el camino de la resolución con la consiguiente integración de su vivencia traumática. Se utiliza la metáfora de una digestión muy pesada (cocido frente a ensalada), y el tiempo que se requiere para digerir (o procesar) de cara a integrar en la historia vital de cada uno de ellos dicha vivencia.

A continuación, se expone (ya se había planteado en la primera sesión) la posibilidad de llevar a cabo una sesión adicional consistente en ir en el tren parando en las distintas estaciones en las que cada uno de los afectados estaba aquel día. Se plantea la conveniencia de hacerlo por dos motivos: en primer lugar, como modo de afrontar una situación que algunos todavía evitan (o afrontan con un alto nivel de ansiedad) en un entorno relativamente seguro (con dos terapeutas y un grupo de personas que han vivido la misma experiencia) y, en segundo lugar, como un ritual de despedida, o un acto simbólico a través del cual los participantes expresan el fin del acontecimiento, pasan página y comienzan un nuevo capítulo de la historia de su vida. Todos los pacientes de los 3 grupos se muestran de acuerdo en llevar a cabo esta sesión adicional, algunos de ellos a pesar de no haber montado en el tren todavía. Sólo uno de los pacientes del grupo 1 refiere que todavía no está preparado para ello. Se respeta, aunque se anima a que lo piense asegurándole que la exposición le va a generar niveles de ansiedad tolerables y le va a resultar gratificante a posteriori, todo ello basándonos en la experiencia de grupos anteriores.

5^a Sesión: exposición al tren

Los *objetivos específicos* de esta sesión son, como ya se ha referido, la exposición al estímulo temido (para los que todavía no han montado en tren, la exposición se podría decir que es integral, y para los que ya han montado, la exposición se realiza a los distintos estímulos evocadores de reacciones de ansiedad, tales como las ventanas, las puertas, las personas, la sensación de traqueteo del tren, las paradas, etc.), y un ritual de despedida de cara a pasar página y comenzar un nuevo capítulo

en la historia vital de cada uno de los participantes (lo que no significa que aún queden síntomas pendientes de remitir, o retos a los que ir enfrentándose).

Quedamos en la puerta de la estación de cercanías de Torrejón de Ardoz. Acuden: 2 personas del grupo 1, 6 del grupo 2 y 4 del grupo 3. Los que no acuden, salvo el paciente del que se ha hablado en el punto anterior que decía no sentirse preparado para ir en tren, no lo hacen por motivos laborales, y todos ellos ya se habían expuesto a esta situación.

Se les dan instrucciones precisas para que traten de no distraerse en el tren (uno de ellos trae lectura y le indicamos la conveniencia de no leer para evitar la distracción y por tanto facilitar la exposición a estímulos temidos). Al entrar en la estación nos colocamos a la altura del andén dónde suelen hacerlo la mayor parte de los participantes. Al ver el tren acercarse les señalamos que se fijen en él y en todas las sensaciones que emergen. Cuando entramos nos colocamos todos juntos y vamos dando instrucciones para una correcta exposición (vías, puertas, ventanas, gente, mochilas, portaequipajes, etc.) al mismo tiempo que estamos pendientes de las reacciones de cada uno de ellos. Nos bajamos en todas y cada una de las estaciones en las que explosionaron las bombas, produciéndose reacciones emocionales intensas, aunque tolerables, a medida que cada uno de ellos relataba su experiencia en la estación correspondiente. Una vez acaban su relato en el que ya introducen espontáneamente emociones y pensamientos, se les anima a que marquen las diferencias en cuanto a cómo estaba aquél día la estación (y por tanto como ha quedado grabado en su recuerdo –horror, impotencia, destrucción, etc.–) y cuál es su apariencia en la actualidad (normalidad, tranquilidad, reconstrucción, etc.). Al llegar a Atocha, subimos a la estación y los pacientes realizan un acto de despedida espontáneo, en el que los que eran creyentes daban las gracias a Dios por estar vivos, los que no, igual hacían un acto de agradecimiento y expresaban cómo les había hecho cambiar el haber tenido una experiencia tan traumática, e incluso uno de ellos recitó una poesía que había escrito hacía tiempo (en definitiva, quedaron plasmados los cambios de valores que se habían producido tras la elaboración de lo ocurrido, así como el hecho de verse como supervivientes, bien con suerte, o bien porque no era su momento –búsqueda de sentido–). Fue un momento de gran carga afectiva y de respeto hacia los otros. Tras este ritual espontáneo los pacientes refirieron gran alivio. Decidimos allí mismo tomar un café para después retomar el camino de vuelta a sus casas. En el viaje de vuelta, los participantes charlaron animadamente, se mostraban relajados y contentos por haber afrontado una situación tan difícil.

En el grupo 3, hay que señalar que esperamos en el andén a que llegara un tren de las mismas características de aquel día, dejando pasar hasta 3 trenes. El acto simbólico que se llevó a cabo fue distinto, consistiendo en un mensaje que escribieron en un ordenador que había en la estación de Atocha, y cuyo contenido fue fruto del consenso entre todos los miembros del grupo.

Una vez llegamos a la estación de Torrejón de Ardoz, se les distribuyó la Escala de Estrés Agudo que habían cumplimentado antes de la 1^a sesión grupal, con el fin de que la trajeran a la sesión de seguimiento.

6^a Sesión: Seguimiento

Las sesiones de seguimiento de ambos grupos se llevan a cabo al mes de la última sesión. A los dos primeros grupos acuden 4 pacientes y al tercero, 5.

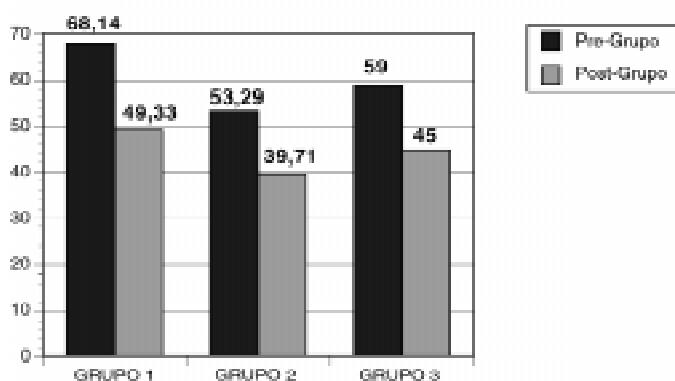
Los *objetivos generales* de la sesión son: preguntar a los participantes por lo que les ha servido de ayuda en el grupo e identificar problemas que necesiten de una atención específica individual.

Los pacientes entregan la Escala de Estrés Agudo cumplimentada. A continuación se les pregunta por las cosas que han ido mejorando desde la última sesión. Todos refieren que tanto las pesadillas, como las dificultades para dormir y el miedo intenso han remitido. Coincidien en que en algunas ocasiones se muestran hiperalertas, sobresaltándose con gran facilidad, así como irritable. Casi todos ellos refieren hacer esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso. Es importante destacar que muchos de los pacientes refieren que han conseguido resolver situaciones críticas anteriores que se habían reactivado tras el hecho traumático, lo que indudablemente tiene que ver con los esquemas básicos que quedan cuestionados tras cualquier trauma.

Es también en esta sesión donde se decide qué participantes es conveniente que reciban una atención específica adicional.

■ RESULTADOS

En el Gráfico 1 figuran las puntuaciones medias grupales (pregrupo y postgrupo) en la Escala de Estrés Agudo:



■ DISCUSIÓN

Tal y como se observa, se produce una mejoría en los 3 grupos. En el caso del grupo 1, de 16,39 puntos, en el grupo 2, de 12,62 puntos y en el grupo 3, de 14 puntos. No es el objetivo de este trabajo probar la eficacia de una intervención como el «debriefing» para prevenir psicopatología en un futuro, y por tanto, saber si esta mejoría es significativa o no. Lo importante es que los participantes tengan la percepción de que el grupo les ha ayudado a elaborar lo ocurrido y que los síntomas hayan ido remitiendo a medida que trabajaban lo ocurrido a lo largo de las distintas sesiones. En cuanto a que el grupo 2 mejore menos, es esperable al partir de una puntuación pregrupo mucho menor. Es posible que, a pesar de haber asignado a los pacientes de manera aleatoria a los dos grupos, en el grupo 1 nos encontramos con pacientes que inicialmente presentan más síntomas de estrés postraumático, de mayor intensidad, y con problemas añadidos que facilitan que esto sea así (mujer con dificultades de pareja, hombre con gran resistencia a exponerse a situaciones temidas, mujer con pensamientos e imágenes intrusivas resistentes que no remiten y que parece que tienen que ver con reactivaciones de vivencias anteriores ...), lo que a su vez desemboca en un grupo más difícil de llevar, con menos cohesión y con elementos que interfieren continuamente con el desarrollo del mismo. El grupo 2 mejora considerablemente, pero, al partir de la media total, quizás esto no quede reflejado de manera correcta (ya que en este grupo se encuentra una paciente que experimenta una pérdida durante el desarrollo del mismo). En cuanto al grupo 3, de características similares al grupo 2, se observa que hay pacientes que mejoran notablemente, mientras otros, también con problemáticas añadidas (paciente que presenta una amnesia psicógena del episodio), presentan una mejoría más leve.

Hemos elegido el «debriefing» con algunas modificaciones para ayudar a los afectados por el 11-M, basándonos en la convicción de que el ser humano dispone de las capacidades y recursos necesarios para afrontar y manejar cualquier situación crítica. En relación con lo anterior, creemos que es inadecuado considerar como única salida a los síntomas de estrés postraumático, una psicoterapia de larga duración, ya que ello implicaría dejar de otorgar al ser humano esa capacidad de afrontamiento y, además, supondría hacer patológico lo que intrínsecamente no lo es. Este tratamiento a largo (o medio) plazo sí que estaría indicado para aquellos afectados que no consiguen elaborar e integrar lo ocurrido ni mejorar de la sintomatología postraumática, así como para aquellos pacientes que podrían considerarse que están en riesgo de cronificar dichos síntomas (aunque en este caso seguiríamos dándoles la oportunidad de afrontar lo ocurrido por sí mismos, siempre pensando que si no lo consiguen, es posible que necesiten esa ayuda adicional).

Asimismo, cabe resaltar que los factores «curativos» de la terapia de grupo también juegan un papel importantísimo en la mejoría de los participantes de los grupos de «debriefing» que se han llevado a cabo. Es necesario llamar especialmente la aten-



ción sobre la cohesión (especialmente llamativa en los grupos 2 y 3) y la universalidad por el papel tan importante que han jugado en la mejoría de los participantes, según ellos mismos han referido, así como sobre el altruismo, la catarsis, ofrecer información y los factores existenciales. Lo cuál no quiere decir que el resto de factores «curativos» (infundir esperanza, la recapitulación correctiva del grupo familiar primario, el desarrollo de las técnicas de socialización, la conducta de imitación y el aprendizaje interpersonal) no hayan sido también importantes en el desarrollo de los grupos (6) (7).

Por último, ha sido de especial ayuda poder contar para el desarrollo de los grupos con un terapeuta y un coterapeuta, ya que nos ha permitido, no sólo una mutua colaboración, sino también la posibilidad de compartir las emociones que nos generaba lo que se iba exponiendo en el grupo, las dificultades que estábamos teniendo y el modo de afrontarlas.

■ CONCLUSIONES

Como conclusión, cabe resaltar que la mejoría subjetiva de los pacientes es mucho mayor que la reflejada en la Escala de Síntomas de Estrés Agudo, según refieren ellos mismos en la sesión de seguimiento. Lo que no es de extrañar dado el hincapié que se ha hecho en la normalización y reconceptualización de los síntomas, y que ha desembocado en que los pacientes no le den la significación que le daban al inicio de las sesiones de grupo («nunca más podré retomar mi vida normal» «me estoy volviendo loco» «no entiendo por qué me está pasando esto»).

Asimismo, a título personal, nos gustaría poner de manifiesto que, a pesar de lo doloroso que nos ha resultado entrar en contacto con todo el horror por el que habían pasado los participantes, opinamos que también es cierto el hecho de que ha resultado muy gratificante poder conducir dichos grupos y orientarlos desde una actitud positiva de convicción firme en las capacidades de afrontamiento de cada uno de los afectados.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez-Sales, Pau y cols. *Trauma y Resistencia. Programa de Autoformación. Psicoterapia de Respuestas Traumáticas*. Vol. 1. Ed. Pfizer. 2003.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4º ed. Text Revision)*. DSM-IV-TR. Washington D.C. 2000.
3. Organización Mundial de la Salud. *CIE-10. 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento*. 1992.
4. Ehrenreich, John H.: *Coping with Disaster: A Guidebook to psicosocial intervention*. Prepared for Mental Health Workers without Borders. 1999.

5. Unidad de Psicología Clínica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. *Guía de Autoayuda tras los Atentados del 11 de Marzo*. 2004.
6. Yalom, I. D.: *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. Fondo de cultura económica. 1986.
7. Vinogradov, S., Yalom, I. D.: *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Ed. Paidós. 1996.
8. Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B.: *Intervención en Crisis*. Psicología Clínica. Serie: Guías Técnicas. Ed. Síntesis. 2002.

Isabel Baldor Tubet
Psicóloga Clínica
CSM «La Plata» - Torrejón de Ardoz
Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares
Área 3 - Madrid

M^a Carmen Jerez Álvarez
Residente de Psicología Clínica
Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares
Área 3 – Madrid

Rocío Rodríguez Piedra
Residente de Psiquiatría
Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares
Área 3 – Madrid

Correspondencia:
CSM «La Plata» – Avda. de la Unión Europea, 4 (28850 Torrejón de Ardoz).
Tfno.: 619128686. E-Mail: ibaldor@wanadoo.es