

Psicoterapia breve de grupo en el tratamiento de las víctimas de atentados terroristas

Brief group psychotherapy in the treatment of victims of terrorism

¹ *Psiquiatra. Práctica privada*

² *Psiquiatra. Hospital Puerta de Hierro*

³ *Psiquiatra. Psicoanalista. C.S.M. de Majadahonda Madrid*

Sánchez González A. ¹

González Díaz-Carralero P. ²

Méndez Ruiz J. A. ³

RESUMEN

Consideramos que los grupos de psicoterapia ofrecen una forma segura y controlada de abordar la problemática interna de las víctimas de atentados terroristas. Utilizamos diversas escalas para valorar el estado mental y la evolución de los pacientes. Al finalizar el tratamiento observamos una mejoría en la actividad global, en la sintomatología del trastorno de estrés postraumático y en la depresiva. Al analizar la evolución de las defensas vemos cómo se ha creado una estructura intrapsíquica que permite un mejor afrontamiento de la angustia y una mejoría en la capacidad de apaciguamiento de los afectos displacenteros; han cambiado las representaciones inconscientes que generan la angustia, tanto la propia imagen de impotencia del sujeto como la representación del otro en cuanto que agresivo; se ha generado un sentimiento de capacidad y se ha pasado de la inseguridad absoluta a crear un sentimiento de confianza.

Palabras clave: *Víctimas, psicoterapia de grupo, terrorismo, trastorno de estrés postraumático.*

Sánchez González A, González Díaz-Carralero P, Méndez Ruiz J A

Psicoterapia breve de grupo en el tratamiento de las víctimas de atentados terroristas
Mapfre Medicina, 2002; 13: 36-45

ABSTRACT

We consider group psychotherapy a controlled and safe tool to manage internal difficulties of victims of terrorism. We use several scales to assess mental status and progress throughout treatment.

At the end of the treatment, we observe an improvement in global functioning and reduction of post-traumatic stress disorder and depressive symptomatology. When analyzing how the defenses evolve, an intrapsychic structure appeared. This structure seems to be working as a coping mechanism that reduces distress and anxiety, while it improves their capacity to ameliorate distressful feelings. It also seems that some of the unconscious mental representations that generate distress have been changed; the image of helplessness of the patient and the image of the others as aggressors are transformed by the presence of feelings of confidence and self-esteem.

Key words: *Victims, group psychotherapy, terrorism, post-traumatic stress disorder.*

Sánchez González A, González Díaz-Carralero P, Méndez Ruiz J A

Brief group psychotherapy in the treatment of victims of terrorism
Mapfre Medicina, 2002; 13: 36-45

Correspondencia:

A. Sánchez González
C/ Andrés Mellado, 19, 1.º-D
28015 Madrid

Fecha de recepción: 27 de noviembre de 2000

Trabajo realizado con una Ayuda a la Investigación 1998/99 de la Fundación MAPFRE Medicina

INTRODUCCIÓN

La psicoterapia de grupo como técnica específica para el tratamiento de diferentes problemas psicológicos trata de inducir cambios en los pacientes mediante su inclusión en un grupo de personas que acuden con la misma finalidad. El grupo funciona como un todo, es decir, al modo de una unidad que resulta de la articulación de los aportes de cada uno de sus miembros, pero cuya resultante final no está en función de la suma de sus elementos particulares, sino que adquiere una entidad propia, diferente de cada uno de los miembros que lo forma e independiente y mayor que la suma de las partes que lo componen. No es que el cambio se produzca mediante la participación en el grupo, sino que el agente de cambio es el grupo mismo, es lo que Bion (1) denomina «mentalidad grupal».

Esto resulta particularmente importante en el tipo de pacientes sobre el que realizamos este trabajo debido a las dificultades que desarrollan, tanto en los vínculos con las personas que les rodean, siempre cargados de ambigüedad y de sentimientos de incompreensión, como en sus vínculos con ellos mismos, debido a la tendencia a disociar los sentimientos, percepciones y conductas, contraponiendo, en dos planos bien diferenciados, todo lo que tiene que ver con el atentado y las circunstancias que lo rodearon del resto.

Ante la irrupción inesperada y profundamente traumática del atentado se promueve un monto de angustia que el sujeto no puede tolerar y del que se defiende de modo casi automático. Los mecanismos defensivos que estos sujetos ponen en marcha para defenderse de este insoportable nivel de angustia son variados, pero, a nuestro parecer, tienen como eje de todos ellos el mecanismo disociativo de la escisión, esto es, la división activa de su representación del mundo y de sí mismos en elementos totalmente buenos o totalmente malos, siendo la línea divisoria la establecida por el atentado y sus efectos. El resto de mecanismos defensivos, a los que haremos mención en un apartado específico de este trabajo, creemos que son subsidiarios de éste.

La puesta en marcha de este conjunto de defensas va a tener un alto coste para estos pacientes por el paulatino aislamiento que acarrearán. Por todo ello, pensamos que las características de la psicoterapia de grupo pueden proporcionar una de las vías más fructíferas a la hora de enfrentar estos problemas.

A lo largo del desarrollo de nuestro trabajo grupal siempre hemos tenido como referente el

marco psicoanalítico, aunque no exclusivamente (1-7), y como objetivo nos hemos planteado el tratar de romper con los modos disociados de funcionamiento psíquico de estos pacientes, favoreciendo la integración, tanto en el área de la vinculación con el mundo externo como también en la relación con su mundo afectivo interior. Trabajar estos problemas en el seno de un grupo permite romper con la sensación de aislamiento que presentan estas personas, con su creencia de que sus sentimientos son únicos y, de este modo, pueden integrar sus temores con los que presentan, casi siempre de modo semejante, el resto de los miembros. En muchos casos es en el seno del grupo donde por primera vez pueden contactar con sentimientos que les han sido ajenos y pueden hablar sobre ellos. No es la suma de unas historias semejantes, sino la creación del sentido de pertenencia a una misma estructura lo que promueve el cambio.

Pensamos que los grupos de psicoterapia ofrecen una forma segura y controlada de abordar la problemática interna de cada persona que los compone, permitiendo una exposición gradual al trauma y sus efectos dentro de un contexto que se considera seguro y en el que, al existir una experiencia traumática común, se desarrolla una sensación de comprensión por parte de los que participan. Sensación que no suelen percibir dentro del entorno social y familiar (8,9).

Cuando hablamos de ambiente seguro grupal nos referimos a aquel que proporciona aceptación emocional en un ambiente de tolerancia. El grupo debe fomentar la capacidad de recordar los detalles del trauma y, sobre todo, los efectos que haya podido tener sobre la vida cotidiana de cada uno. Esta posibilidad tiene un efecto organizativo, permite a los pacientes establecer una diferencia entre la impotencia y la incapacidad que sintieron en el pasado y las posibilidades que tienen en el momento actual, lo que permite empezar a estructurar su realidad desde una visión diferente.

Otro de los propósitos de la terapia de grupo en las víctimas de atentados es el de ayudar a estas personas a hacerse cargo de sus propias necesidades, que puedan enfrentarlas activamente sin la intrusión de las experiencias y percepciones del pasado. Se trata de aliviar la preocupación de que al expresar los recuerdos, al hablar del trauma, éste se reactive. Se busca, por lo tanto, aprender a controlar las consecuencias del trauma. Dentro del contexto seguro al que nos referimos esto resulta posible, ya que se promueve un sentimiento de mayor capacidad que se pone en marcha con la expresión verbal de todos esos sentimientos que van unidos al acontecimiento

traumático. La estructura de las interacciones grupales puede facilitar la oscilación entre la evitación-negación y la intrusión que se ha planteado (10-12) como la vía para la integración de la experiencia dentro de los esquemas del individuo.

Finalmente, resumiendo las opiniones de algunos de los autores que más han trabajado con este tipo de pacientes (13-20), podemos establecer una serie de objetivos grupales generales; así, en primer lugar, pensamos que es necesario estabilizar las reacciones psicológicas y fisiológicas relacionadas con el atentado; en segundo lugar, sería la exploración y la evaluación de las percepciones y de las emociones de los afectados; en tercer lugar, la recuperación de recuerdos relacionados con el trauma; en cuarto lugar, el entender los efectos que tienen las experiencias pasadas en los comportamientos y en la expresión de afectos actuales, y, por último, aprender nuevas formas de afrontar el estrés interpersonal. En definitiva, se trata de crear un clima de seguridad que permita ir recuperando los recuerdos y emociones escindidos para, en un segundo momento, conseguir que la experiencia de cohesión grupal permita integrar las vivencias y consecuencias del trauma en la vida intrapsíquica e interpersonal del sujeto.

MATERIAL Y MÉTODO

El trabajo se realiza con personas que han sido víctimas directas de un atentado terrorista. La Asociación de Víctimas del Terrorismo contactó con algunos de sus miembros a los que ofreció la posibilidad de participar en este proyecto de investigación, basado en la psicoterapia grupal.

Las personas interesadas son valoradas individualmente por dos entrevistadores (los futuros psicoterapeutas) para determinar el cuadro clínico que presentan en la actualidad y la conveniencia de su inclusión en una terapia grupal, así como la posibilidad de beneficiarse de los objetivos terapéuticos propuestos.

Se seleccionaron ocho pacientes a los que se les solicita su aceptación del tratamiento y la realización de las escalas de evaluación, con el objetivo de poder cuantificar y cualificar su estado mental antes y después del tratamiento, y así determinar su evolución.

La mitad de los componentes son varones y la otra mitad mujeres, de edades comprendidas entre los 21 y 50 años (edad media de 37 años). En lo referente al estado civil cinco son casados, dos

solteros y un viudo. En cuanto a la actividad laboral hay tres en activo, uno con incapacidad laboral transitoria y cuatro con incapacidad laboral permanente. Desde el momento del atentado hasta la actualidad han transcurrido entre 4 y 21 años, con una media de 9 años.

Las escalas aplicadas son las siguientes:

1. Impact of Events Scale (IES) (21, 22) (Escala de Impacto de Acontecimientos) traducida por nosotros.

2. Escala de funcionamiento del yo de Bellack (23).

3. Escala de intensidad de la sintomatología del trastorno de estrés postraumático (TEPT). Se valoran clínicamente de 0 (ausencia del síntoma) a 4 (síntoma incapacitante), cada uno de los 17 síntomas que se recogen en el DSM-IV (24) para el diagnóstico de este trastorno, y se agrupan en tres bloques que son reexperimentación, evitación y aumento de actividad.

4. Escala de frecuencia de la sintomatología del trastorno de estrés postraumático (TEPT). Realizada de forma idéntica a la anterior, se valora la frecuencia de los síntomas desde 0 (ausencia del síntoma) a 4 (todos los días).

5. STAI (State Trait Anxiety Inventory (Cuestionario de Ansiedad como Estado y Rasgo) (25, 26). Se utiliza exclusivamente la valoración del rasgo.

6. Escala de Hamilton para la depresión (27).

7. Escala de evaluación de la actividad global (EEAG), del DSM-IV.

8. Escala visual analógica (EVA), en la que el paciente refleja su impresión subjetiva sobre su estado clínico.

9. Escala de impresión clínica global según el médico (ICGM). Se valora como: sin ningún trastorno (1), al límite de la enfermedad (2), levemente enfermo (3), moderadamente enfermo (4), marcadamente enfermo (5), gravemente enfermo (6) y extremadamente enfermo (7).

10. Escala de impresión clínica global según el paciente (ICGP). Se utiliza la misma valoración que en la escala anterior.

11. Cuestionario de funcionamiento social. Compuesto por siete preguntas que el paciente valora como nada (0), poco (1), algo (2), bastante (3) o mucho (4). Las preguntas que integran el cuestionario son: ¿se siente Ud. apoyado por su familia?, ¿se siente Ud. socialmente apoyado?, ¿mantiene Ud. relaciones satisfactorias con sus personas cercanas?, ¿se siente Ud. comprendido por su familia?, ¿se siente Ud. socialmente comprendido?, ¿le satisface su vida social?, ¿tiene Ud. amigos con los que pueda contar?

El tratamiento consiste, como ya se ha dicho, en una psicoterapia grupal de orientación dinámica con dos psicoterapeutas en la coordinación. El grupo es cerrado (tras su inicio no se admitirá la entrada de nuevos pacientes) y de una frecuencia semanal, excepto las dos últimas sesiones que son quincenales. La duración es de una hora y quince minutos. Se extiende a lo largo de treinta sesiones, lo que da un total de ocho meses.

Finalizada cada sesión, los dos terapeutas revisan el material surgido para después analizarlo con un supervisor externo. Esto permite esclarecer lo ocurrido en la dinámica de grupo y proponer las actuaciones terapéuticas a desarrollar en la siguiente sesión.

Para el análisis estadístico de los resultados, mediante el test de Shapiro-Wilk se contrasta la hipótesis de normalidad de las distribuciones. Para la comparación se usa la prueba paramétrica de la T de student en aquellos casos en que los datos proceden de distribuciones normales. Y para los que no, se usa la prueba no paramétrica de rangos de Wilcoxon.

RESULTADOS

Tres de los pacientes que iniciaron el grupo abandonaron la psicoterapia tras haber asistido, cada uno de ellos, a dos sesiones.

La evaluación inicial de las escalas aplicadas se realizó a los ocho pacientes que aceptaron comenzar el grupo; la evaluación final se llevó a cabo con los cinco pacientes que realizaron la psicoterapia de grupo y con dos de los que no habían continuado la terapia; uno de los participantes iniciales no aceptó realizar la evaluación final.

Los resultados estadísticos iniciales y finales de los cinco pacientes que realizaron la psicoterapia se reflejan en la Tabla I; las diferencias entre los resultados iniciales y finales junto con la significación estadística se expresa en la Tabla II.

Es destacable la significativa mejoría en la escala de evaluación de la actividad global (EEAG) y en la escala de Hamilton. La impresión clínica global por parte del paciente (ICGP) sufre un empeoramiento, esta misma impresión evaluada por los terapeutas (ICGT) aporta una mejoría significativa. En la apreciación de su estado, que realizan los pacientes en una escala visual analógica (EVA), observamos una mejoría en la valoración que no resulta significativa. El apoyo social es vivido de una forma levemente más negativa al final del grupo que a su inicio. En la evaluación de la sintomatología del trastorno de estrés posttrau-

TABLA I. Puntuaciones iniciales y finales de los pacientes que completaron el grupo (n = 5)

| | INICIO | | FINAL | |
|--------------------------|--------|--------------|-------|--------------|
| | Media | Desv. típica | Media | Desv. típica |
| STAI | 33,0 | 12,39 | 32,0 | 13,0 |
| EEAG | 54,0 | 5,48 | 60,0 | 5,0 |
| Intensidad TEPT | | | | |
| Reexperimentación | 8,4 | 4,56 | 6,4 | 5,13 |
| Evitación | 11,6 | 3,78 | 7,8 | 3,27 |
| Aumento de la actividad | 8,2 | 4,32 | 6,0 | 3,32 |
| Frecuencia TEPT | | | | |
| Reexperimentación | 10,8 | 4,32 | 9,2 | 5,21 |
| Evitación | 17,8 | 6,06 | 13,6 | 5,03 |
| Aumento de la actividad | 13,6 | 5,37 | 10,6 | 5,03 |
| Hamilton | 15,0 | 8,0 | 11,6 | 6,27 |
| IES | | | | |
| Intrusión | 19,4 | 12,03 | 19,2 | 9,28 |
| Evitación | 26,2 | 8,26 | 20,4 | 5,27 |
| Apoyo social | 11,0 | 5,74 | 12,0 | 5,96 |
| ICGP | 2,6 | 1,67 | 3,8 | 1,30 |
| ICGT | 5,0 | 1,0 | 3,8 | 0,45 |
| EVA | 3,1 | 1,78 | 4,3 | 2,93 |
| BELLACK | | | | |
| Prueba de realidad | 4,8 | 1,04 | 5,0 | 0,94 |
| Juicio | 4,0 | 0,87 | 4,3 | 0,57 |
| Sentido de realidad | 4,2 | 0,57 | 4,6 | 0,65 |
| Control de impulsos | 4,3 | 0,67 | 4,7 | 0,67 |
| Relación objetal | 4,0 | 0,35 | 4,4 | 0,65 |
| Proceso del pensamiento | 3,9 | 0,42 | 4,5 | 0,50 |
| Rasy | 3,8 | 0,91 | 4,5 | 0,79 |
| Barrera de estímulos | 3,7 | 0,45 | 4,4 | 0,66 |
| Funcionamiento autónomo | 3,7 | 0,67 | 4,2 | 0,57 |
| Funcionamiento defensivo | 4,2 | 0,45 | 4,7 | 0,57 |
| F. sintético integrativo | 4,3 | 0,57 | 4,8 | 0,57 |
| Dominio y competencia | 4,0 | 0,611 | 4,5 | 0,50 |

mático (TEPT) observamos una disminución en la intensidad de la reexperimentación, de la evitación y del aumento de actividad; la frecuencia de esta sintomatología se reduce igualmente. En el Impact of Events Scale (IES) se produce una importante disminución, no significativa, en la evitación y una muy leve mejoría en la intrusión. En la

**TABLA II. Diferencia entre las puntuaciones iniciales y finales.
Pacientes que realizaron el grupo terapéutico (n = 5)**

| | Media | Desviación típica | Intervalo de confianza para la diferencia | | Sigma bilateral |
|--------------------------|-------|----------------------|---|----------|--------------------|
| | | | Inferior | Superior | |
| STAI | 1,0 | 8,22 | -9,20 | 11,20 | 0,79 |
| EEAG | -6,0 | 4,18 | -11,19 | -0,81 | 0,03 |
| Intensidad TEPT | | | | | |
| Reexperimentación | 2,0 | 1,0 | 0,76 | 3,24 | 0,01 |
| Evitación | 3,8 | 1,64 | 1,76 | 5,84 | 0,01 |
| Aumento de la actividad | 2,2 | 1,30 | 0,58 | 3,82 | 0,02 |
| Frecuencia TEPT | | | | | |
| Reexperimentación | 1,6 | 1,34 | -0,07 | 3,27 | 0,06 |
| Evitación | 4,2 | 3,35 | 0,04 | 8,36 | 0,05 |
| Aumento de la actividad | 3,0 | 2,12 | 0,37 | 5,63 | 0,03 |
| Hamilton | 3,4 | 2,07 | 0,83 | 5,97 | 0,02 |
| IES | | | | | |
| Intrusión | 0,2 | 3,03 | -3,57 | 3,97 | 0,89 |
| Evitación | 5,8 | 5,26 | -0,74 | 12,34 | 0,07 |
| Apoyo social | -1,0 | 3,24 | -5,02 | 3,02 | 0,52 |
| EVA | -1,2 | 1,68 | -3,29 | 0,89 | 0,19 |
| ICGT | 1,2 | 0,84 | 0,16 | 2,24 | 0,03 |
| ICGP | -1,2 | 0,84 | -2,24 | -0,16 | 0,03 |
| BELLACK | | | | | |
| Prueba de realidad | -0,2 | 0,27 | -0,54 | 0,14 | 0,17 |
| Juicio | -0,3 | 0,57 | -1,01 | 0,41 | 0,30 |
| Sentido de realidad | -0,4 | 0,42 | -0,92 | 0,12 | 0,09 |
| Control de impulsos | -0,4 | 0,65 | -1,21 | 0,41 | 0,24 |
| Relación objetal | -0,4 | 0,42 | -1,92 | 0,12 | 0,09 |
| Proceso del pensamiento | -0,6 | 0,22 | -0,88 | -0,32 | 0,01 |
| Rasy | -0,7 | 0,67 | -1,53 | 0,13 | 0,08 |
| Barrera de estímulos | -0,7 | 0,45 | -1,26 | -0,14 | 0,02 |
| Funcionamiento autónomo | -0,5 | 0,35 | -0,94 | -0,06 | 0,03 |
| Funcionamiento defensivo | -0,5 | 0,35 | -0,94 | -0,06 | 0,03 |
| F. sintético integrativo | -0,5 | 0,35 | -0,94 | -0,06 | 0,03 |
| Dominio y competencia | -0,5 | 0,35 | -0,94 | -0,06 | 0,03 |

escala de funcionamiento del yo de Bellack apreciamos una mejoría en todas las variables resultando significativa esta diferencia en seis de ellas: proceso del pensamiento, barreras a estímulos, funcionamiento autónomo, funcionamiento defensivo, funcionamiento sintético-integrativo y dominio-competencia.

En las Tablas III y IV se observan los mismos datos que hemos señalado previamente, en este caso referidos a los siete pacientes a los que hemos realizado la evaluación.

Al valorar estos resultados y compararlos con los de los cinco pacientes que realizaron el tratamiento no encontramos diferencias apreciables en las significaciones estadísticas en el STAI y en

el apoyo social. Sí observamos diferencias remarquables en la impresión clínica global del terapeuta y de los pacientes, la valoración en la escala visual analógica adquiere una significación estadística pese a que la media de la mejoría disminuye al considerar a los siete pacientes. Observamos una mejoría más leve en el EEAG pero que obtiene una significación estadística algo más significativa. En el test de Hamilton vemos una gran diferencia cuando valoramos a todos los pacientes: la mejoría en las puntuaciones que hemos relatado previamente disminuye al incluir a los dos pacientes que no realizaron el tratamiento. En lo referente a la sintomatología del TEPT, podemos ver cómo tanto en la frecuencia como en la intensi-

TABLA III. Puntuaciones iniciales y finales en todos los pacientes evaluados (n = 7)

| | INICIO | | FINAL | |
|--------------------------|--------|--------------|-------|--------------|
| | Media | Desv. típica | Media | Desv. típica |
| STAI | 36,71 | 11,95 | 35,29 | 12,09 |
| EEAG | 53,57 | 4,76 | 58,57 | 4,76 |
| Intensidad TEPT | | | | |
| Reexperimentación | 8,43 | 3,74 | 7,86 | 4,86 |
| Evitación | 11,71 | 3,15 | 9,29 | 3,73 |
| Aumento de la actividad | 9,43 | 4,20 | 7,86 | 4,26 |
| Frecuencia TEPT | | | | |
| Reexperimentación | 11,0 | 3,90 | 9,67 | 4,80 |
| Evitación | 18,0 | 5,44 | 15,0 | 5,66 |
| Aumento de la actividad | 14,5 | 5,2820 | 12,0 | 5,66 |
| Hamilton | 14,43 | 6,83 | 12,71 | 5,65 |
| IES | | | | |
| Intrusión | 22,71 | 11,40 | 22,0 | 9,61 |
| Evitación | 23,14 | 8,57 | 20,71 | 4,57 |
| Apoyo social | 14,0 | 7,89 | 14,14 | 6,41 |
| ICGP | 3,29 | 1,80 | 4,0 | 1,15 |
| ICGT | 5,0 | 0,82 | 4,14 | 0,69 |
| EVA | 2,57 | 1,86 | 4,07 | 2,68 |
| BELLACK | | | | |
| Prueba de realidad | 4,71 | 1,04 | 4,86 | 0,99 |
| Juicio | 4,14 | 0,80 | 4,36 | 0,56 |
| Sentido de realidad | 4,29 | 0,57 | 4,57 | 0,60 |
| Control de impulsos | 4,36 | 0,63 | 4,64 | 0,63 |
| Relación objetal | 4,07 | 0,35 | 4,36 | 0,56 |
| Proceso del pensamiento | 3,93 | 0,45 | 4,36 | 0,56 |
| Rasy | 3,79 | 0,86 | 4,29 | 0,86 |
| Barrera de estímulos | 3,57 | 0,45 | 4,07 | 0,79 |
| Funcionamiento autónomo | 3,57 | 0,73 | 3,93 | 0,79 |
| Funcionamiento defensivo | 4,07 | 0,45 | 4,43 | 0,67 |
| F. sintético integrativo | 4,14 | 0,56 | 4,5 | 0,71 |
| Dominio y competencia | 3,79 | 0,76 | 4,14 | 0,85 |

dad se pierde la significación estadística que hemos reseñado en el análisis de los datos de los cinco pacientes. En el IES observamos una clara dilución de la disminución que se produce en la escala de evitación cuando consideramos únicamente las puntuaciones de los cinco pacientes que completaron el tratamiento. En la escala de funcionamiento del yo de Bellack apreciamos una

mejoría en todas las variables, si bien comprobamos cómo la significación se reduce de forma clara en todas las variables al comparar los resultados con los de los pacientes que completaron el grupo.

DISCUSIÓN

La estructura de una terapia de grupo determina, necesariamente, una muestra reducida; por otra parte es necesario destacar la dificultad que observamos para que las personas que han sido víctimas de un atentado realicen cualquier tratamiento de una forma regular y prolongada en el tiempo. Esta dificultad para iniciar y continuar una terapia tiene una clara inserción en uno de los problemas esenciales que presentan estos pacientes, que es la evitación de múltiples circunstancias que de una u otra forma les acercan al acontecimiento traumático; así, la terapia es vivida en un gran número de casos como una forma de mantener vivo un recuerdo que quiere ser olvidado.

El reducido tamaño de la muestra conlleva una dificultad en la evaluación global al tener una gran relevancia los datos discordantes que se producen en algún caso en un solo paciente; algunos de los resultados que se producen al incluir a los siete pacientes que realizaron la evaluación pueden venir determinados por el incremento de la muestra.

Resultados de las escalas

La sintomatología depresiva, como nos refleja el test de Hamilton, ha sufrido una clara disminución, que es más patente en los pacientes que completaron el tratamiento. Tal y como era esperable, la puntuación en el STAI no ha sufrido modificaciones apreciables al utilizar la parte de este test que valora la ansiedad como rasgo.

En la sintomatología propia del TEPT podemos observar la más clara y mayor de las mejorías en los resultados referidos a la sintomatología evitativa. Esta mejoría se hace patente tanto en la frecuencia como en la intensidad de la sintomatología; de la misma forma, los síntomas agrupados en el concepto de aumento de activación mejoran tanto en su frecuencia como en su intensidad. El conjunto de las experiencias intrusivas y la reexperimentación mejora de forma clara en la evaluación de los síntomas pero no en la valoración que realizan los pacientes a través de la escala de

**TABLA IV. Diferencia entre las puntuaciones iniciales y finales.
Pacientes que iniciaron el grupo terapéutico (n = 7)**

| | Media | Desviación típica | Intervalo de confianza para la diferencia | | Sigma bilateral |
|--------------------------|-------|----------------------|---|----------|--------------------|
| | | | Inferior | Superior | |
| STAI | 1,43 | 70,4 | -5,09 | 7,94 | 0,61 |
| EEAG | -5,0 | 4,08 | -8,78 | -1,22 | 0,01 |
| Intensidad TEPT | | | | | |
| Reexperimentación | 0,57 | 2,64 | -1,87 | 3,01 | 0,58 |
| Evitación | 2,43 | 2,70 | -0,07 | 4,92 | 0,05 |
| Aumento de la actividad | 1,57 | 1,51 | 0,17 | 2,97 | 0,03 |
| Frecuencia TEPT | | | | | |
| Reexperimentación | 1,33 | 1,37 | -0,10 | 2,77 | 0,06 |
| Evitación | 3,0 | 4,20 | -1,40 | 7,40 | 0,14 |
| Aumento de la actividad | 2,5 | 2,26 | 0,13 | 4,87 | 0,04 |
| Hamilton | 1,71 | 3,35 | -1,39 | 4,81 | 0,23 |
| IES | | | | | |
| Intrusión | 0,71 | 3,50 | -2,52 | 3,95 | 0,60 |
| Evitación | 2,43 | 7,55 | -4,55 | 9,41 | 0,42 |
| Apoyo social | -0,14 | 3,48 | -3,37 | 3,08 | 0,91 |
| EVA | -1,5 | 1,53 | -2,91 | -0,08 | 0,04 |
| ICGT | 0,86 | 0,90 | 0,02 | 1,6893 | 0,04 |
| ICGP | -0,71 | 1,11 | -1,74 | 0,31 | 0,14 |
| BELLACK | | | | | |
| Prueba de realidad | -0,14 | 0,24 | -0,37 | 0,08 | 0,17 |
| Juicio | -0,21 | 0,49 | -0,67 | 0,24 | 0,28 |
| Sentido de realidad | -0,29 | 0,39 | -0,65 | 0,07 | 0,10 |
| Control de impulsos | -0,29 | 0,57 | -0,81 | 0,24 | 0,23 |
| Relación objetal | -0,29 | 0,39 | -0,65 | 0,07 | 0,10 |
| Proceso del pensamiento | -0,43 | 0,35 | -0,75 | -0,11 | 0,01 |
| Rasy | -0,50 | 0,65 | -1,10 | 0,09 | 0,08 |
| Barrera de estímulos | -0,50 | 0,50 | -0,96 | -0,04 | 0,03 |
| Funcionamiento autónomo | -0,36 | 0,38 | -0,71 | -0,07 | 0,04 |
| Funcionamiento defensivo | -0,36 | 0,38 | -0,71 | -0,07 | 0,04 |
| F. sintético integrativo | -0,36 | 0,38 | -0,71 | -0,07 | 0,04 |
| Dominio y competencia | -0,36 | 0,38 | -0,71 | -0,07 | 0,04 |

intrusión del IES; la diferencia entre estos resultados puede ser debida a problemas en la traducción de esta última escala o, más probablemente, a una modificación en la percepción que los pacientes tienen de su sintomatología al haber aumentado su *insight* y producirse una mayor conciencia de su situación. En conjunto, se observa cómo la mejoría en los diversos aspectos sintomatológicos evaluados es más patente en los pacientes que completaron el grupo.

La percepción del apoyo social empeora, aunque de forma muy leve; consideramos que este resultado se enmarca dentro de un equilibrio entre el aumento de las expectativas que se ha pro-

ducido al reducirse algunos de los mecanismos defensivos, y una mayor toma de conciencia de la situación real de su entorno.

La impresión clínica percibida por los pacientes sufre un leve empeoramiento que de forma aparentemente paradójica es menor al incluir a todos los evaluados. Observamos cómo las puntuaciones que se otorgan los pacientes se acercan más a las dadas por los terapeutas después del tratamiento que antes del mismo. Este dato, al igual que otros reflejados previamente, nos sugiere que el tratamiento permitió aumentar la capacidad de introspección de los miembros del grupo; de la misma forma interpretaríamos el he-

cho de que en la escala visual analógica seis pacientes consideraran que habían mejorado tras el tratamiento y uno que había empeorado: las mejoras son mayores en los que no habían completado el tratamiento, apuntando al menor *insight* de estos pacientes.

Se produce una mejoría en la actividad global de los pacientes y la impresión clínica global percibida por los terapeutas es más satisfactoria al final del grupo para los pacientes que lo completaron y no se ha modificado para los que no lo completaron. Es necesario destacar en este punto que pensamos que se ha producido un cambio mayor en la estructura psíquica que en las manifestaciones clínicas; este cambio, en nuestra opinión, permitirá una mayor adaptación basada en un sentimiento de capacidad y de seguridad.

De la evaluación de las Funciones del Yo antes y después de realizado el grupo de psicoterapia, mediante la aplicación de la escala de Bellack, hemos obtenido una significación estadística en algunas de las escalas; así observamos una mejora en: proceso del pensamiento, con la mejora de las capacidades cognitivas, específicamente ante el afrontamiento de situaciones emocionalmente complejas; en el funcionamiento defensivo, gracias a un manejo más flexible y adaptativo de sus emociones internas y sus relaciones interpersonales, con mejor control de la ansiedad; en la barrera a los estímulos, aumentando el umbral de respuesta ante los estímulos, ya sean externos o internos; en el funcionamiento autónomo al disminuir la interferencia de lo emocional/afectivo sobre los procesos que conforman la autonomía primaria o secundaria del sujeto (habilidades complejas aprendidas y hábitos en general); en el funcionamiento sintético-integrativo, gracias a la mayor capacidad para poder conciliar las demandas de las diversas estructuras que conforman el aparato psíquico y de éste con la realidad exterior y, finalmente, en el dominio-competencia, aumentando la competencia para interactuar y dominar activamente el medio y el sentimiento de ser competente.

Evolución de las defensas

Cuando nos planteamos los objetivos que se debían cubrir en este grupo, siempre tuvimos presente que los síntomas psicopatológicos que observamos en los pacientes no pueden ser explicados sin una comprensión de los modos defensivos que se ponen en marcha ante la irrupción del trauma. Sin olvidar, por supuesto, que estas defensas, que consideramos comunes a to-

dos estos pacientes, deben ser articuladas con aquellas propias de cada uno de los sujetos y propiciadas por su particular estructura psíquica.

Ya hemos mencionado que lo prioritario en estos pacientes, tras la violenta irrupción del trauma externo, es protegerse de la angustia que aquél ocasiona. Creemos que esta circunstancia es la que propicia la puesta en marcha de los fenómenos defensivos de tipo disociativo a los que hemos hecho mención anteriormente. Contrarrestar estos mecanismos profundamente desadaptativos ha sido una de nuestras tareas prioritarias en el desarrollo del trabajo y por ello queremos explicar algunos aspectos de esta evolución a lo largo del proceso grupal.

Hemos trabajado con el esquema desarrollado por Bleichmar (28), que propone una visión amplia del concepto de defensa. Así, afirma que habría que distinguir tres tipos defensivos fundamentales: las defensas de ocultamiento, que corresponderían, sólo en parte, a los tradicionales mecanismos de defensa y que son aquellas que se ponen en marcha ante conflictos entre consciente/inconsciente, pretendiendo mantener apartados de la conciencia pensamientos, deseos o estados afectivos displacenteros y que pueden referirse a un determinado contenido mental o a actividades globales del psiquismo (por ejemplo, en este tipo de pacientes es frecuente observar desactivaciones cognitivas para evitar pensar en los hechos relacionados con el atentado). Las defensas de transformación, es decir, aquellas que el psiquismo pone en marcha con el fin de producir o fabricar a nivel inconsciente fantasías o estados emocionales que contrarresten a los displacenteros. Finalmente, las defensas interpersonales, mediante las que se intenta hacer desempeñar al otro determinadas funciones o identidades para poder, de este modo, mantener el equilibrio propio, que pueden ser de tipo aloplástico si el esfuerzo es para cambiar el mundo externo, o bien, de tipo autoplástico si lo que se transforma es el propio sujeto, ya sea en lo cognitivo, en lo emocional o en ambas áreas a la vez (este tipo de defensas son frecuentes en aquellas personas, como es nuestro caso, que deben adaptarse a medios externos muy traumatizantes).

Aplicando este modelo a la evolución del grupo, hemos podido comprobar cómo de una forma progresiva, a pesar de diversos momentos en los cuales se ha regresado a modos de expresión defensiva anteriores, se ha producido un paulatino reemplazo de las formas en las que los pacientes venían afrontado su angustia.

Al iniciarse el grupo nos encontramos con el predominio de los fenómenos defensivos diso-

ciativos, responsables de una visión escindida de la representación del mundo y del sí-mismo, con sucesivas idealizaciones, desvalorizaciones o negaciones, siempre según la línea divisoria del atentado y sus efectos. Este modo escindido de ver las cosas es regulador de la angustia tanto en una vertiente defensiva de ocultación, como de transformación. Así, al negar, racionalizar, y en definitiva reprimir, aspectos concretos de la realidad, especialmente de los vínculos interpersonales, estas personas evitan la angustia de asumir aspectos inconscientes no deseados de su situación. En ocasiones el ocultamiento les puede llevar a una represión global de todo lo relacionado con el atentado y sus consecuencias, utilizando para ello desactivaciones cognitivas globales, como enormes lagunas de memoria, disminución de la capacidad de atención o concentración, etc. Sin embargo, la escisión también se defiende de la angustia transformando contenidos inconscientes en otros más fácilmente asumibles. En esta vertiente hay que situar fenómenos como la idealización de ideas, personas o situaciones, y la desvalorización de las contrarias, o la asunción de determinadas identidades que hacen más soportable la situación. En definitiva, al hablar de escisión estamos considerando una categoría conceptual compleja, fruto de la articulación de diferentes elementos defensivos.

Unas y otras se han ido modificando a medida que el grupo evolucionaba, lo que ha permitido poder integrar un mayor número de sentimientos y un mejor acercamiento a las situaciones y las personas. En las últimas sesiones del grupo se pudo verbalizar que el mundo era más complejo que la división entre «ellos y nosotros» y, de modo especial, se pudo romper con la identidad de víctima, lo que ha permitido aumentar el repertorio de actuaciones y modos de sentir ante los conflictos cotidianos.

Mención especial merece el modo en que han ido evolucionando las defensas interpersonales, tanto en la vertiente aloplástica como en la autoplástica; en ambos casos se ha producido una sensible disminución de los intentos de modificación global del mundo exterior y de ellos mismos, en su afán de adaptarlo y adaptarse a su particular necesidad de manejo afectivo del otro, ya que son los vínculos interpersonales el factor fundamental que necesitan manejar estas personas. De este modo, se ha propiciado una mejor aceptación e integración de los requerimientos y demandas de ese mundo externo, donde, no lo olvidemos, se mantienen en muchos casos circunstancias sociopolíticas que son claramente displacenteras para estos sujetos.

Se han adquirido a lo largo del grupo, sin ningún género de dudas, nuevos recursos con los cuales afrontar la angustia. Se ha creado una estructura intrapsíquica que permite un mejor afrontamiento de la angustia, una mejoría en la capacidad de apaciguamiento de los afectos displacenteros. Consideramos también que ha habido un cambio en las representaciones inconscientes que generan la angustia, tanto en lo que respecta a la propia imagen de impotencia del sujeto, como la representación del otro en cuanto que agresivo. Se ha podido ir generando un sentimiento de capacidad y se ha pasado de la inseguridad absoluta a crear un sentimiento de confianza.

Agradecimientos

A la Asociación de Víctimas del Terrorismo por su inestimable colaboración para la realización de este proyecto.

A M.^a Luisa Cabanas Arrate, directora del gabinete psicológico de la Asociación de Víctimas del Terrorismo, por el esfuerzo realizado para poner en marcha este trabajo y por su continuo apoyo.

A la Dra. Isabel Millán, de la sección de Estadística del Hospital Puerta de Hierro, por su colaboración en el manejo estadístico.

A la Fundación MAPFRE Medicina por concedernos una Ayuda a la Investigación que ha permitido llevar a cabo este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. BION W R. *Experiencia en grupos*. Buenos Aires: Paidós, 1979.
2. ANZIEU D. *El grupo y el inconsciente*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1986.
3. FOULKES S H. *Psicoterapia Grupo-Analítica*. Barcelona: Gedisa, 1981.
4. GRINBERG L, LANGER M, RODRIGUÉ E. *Psicoterapia del grupo*. Buenos Aires: Paidós, 1974.
5. KAES R. *L'appareil psychique groupal*. París: Dunod, 1976.
6. PICHON-RIVIÈRE E. *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1980.
7. VINOGRADOV S, YALOM I. *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós, 1996.
8. CASSEL J C. The contribution of the social environment to host resistance. *American J Epidemiol.* 1976; 95: 431-441.
9. MCFARLANE A, VAN DER KOLK B A. Trauma and its challenge to society. En: B A Van der Kolk, A McFarlane

- ne, E Weisaeth (eds), *Traumatic Stress*. New York: Guilford Press, 1996.
10. HOROWITZ M J. Psychological response to serious life events En: Y Hamilton, D M Warburton (eds), *Human stress and cognition: an information processing approach*. New York: John Wiley, 1979.
 11. HOROWITZ M J, KALTREIDER N. Brief therapy of stress response syndromes. *Psychiatr Clin North Am*. 1979; 2: 365-378.
 12. HOROWITZ M J. Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hosp Com Psychiatry*. 1986; 37: 241-249.
 13. ROSENHEIM E, ELIZUR A. Group therapy for traumatic neuroses. *Curr Psychiatr Ther*. 1977; 17: 143-148.
 14. BRENDE J O, MCCANN I L. Combined individual and group therapy for Vietnam veterans. *Int J Group Psychother*. 1981; 31: 367-378.
 15. WALKER J I, NASH J L. Group therapy in the treatment of vietnam combat veterans. *International Journal of Psychotherapy*. 1981; 31 (3), 379-389.
 16. BROCKWAY S S. Group treat of combat nightmares in posttraumatic stress disorder. *J Contemp Psychotherapy*. 1987; 17: 270-284.
 17. ROZYNKO V, DONDEESHINE H E. Trauma focus group therapy for Vietnam veterans with PTSD. *Psychotherapy*. 1991; 28: 157-161.
 18. KOLLER P, MARMAR C R, KANAS N. Psychodynamic group treatment of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Int J Group Psychother*. 1992; 42: 225-246.
 19. VAN DER KOLK B A. Terapia de grupo en los trastornos por estrés postraumático. En: H I Kaplan, B J Sadock (eds), *Terapia de grupo*. Panamericana, 1996; 3.^a ed.
 20. KANAS N. Trauma-focused group therapy for patients with post-traumatic stress. *Int J Group Psychother*. 1999; 49: 540-543.
 21. HOROWITZ M, WILNER N, ÁLVAREZ W. Impact of Event Scale a measure of subjective stress. *Psychosom Med*. 1979; 41: 209-218.
 22. ZILBERG N J, WEISS D S, HOROWITZ M J. Impact of Events Scale: A cross-validation study and some empirical evidence supporting a conceptual model of stress response syndromes. *J Consult Clinical Psychol*. 1982; 50: 407.
 23. BELLACK L, GOLDSMITH L. *Metas amplias para la evaluación de las funciones del Yo*. México. Manual Moderno, 1984.
 24. DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, 1995.
 25. SPIELBERG C D, GORSUCH R L, LUSHENE R E. *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. California: Consulting Psychologists Press, 1970.
 26. TEA. *STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual. Adaptación española*. Madrid: TEA, 1988.
 27. HAMILTON M. A rating scale for depression. *J. Neurolog Neurosurg Psych*. 1960; 23; 56-62.
 28. BLEICHMAR H. *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Paidós, 1997.
-