



**TRATAMIENTO DE UN CASO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

María Dolores Pujadas Sánchez  
Dr. F. Javier Pérez-Pareja

Universidad de las Islas Baleares

**TREATMENT OF POST-TRAUMATIC STRESS CASE**

María Dolores Pujadas Sánchez  
Dr. F. Javier Pérez-Pareja

Universidad de las Islas Baleares

Dirección de contacto y envío de correspondencia:

Universidad de las Islas Baleares  
Facultad de Psicología  
Edificio Guillem Cifre de Colonya  
Carretera de Valldemossa, Km. 7,5  
(07122) Palma (Islas Baleares)

Correo electrónico: [pujadas75@hotmail.com](mailto:pujadas75@hotmail.com)

Agradecimientos:

A todo el equipo docente de la Facultad de Psicología de la UIB, en especial a mi tutor,  
Francisco Javier Pérez-Pareja, Dr. en Psicología.

A mi sobrina Eva Villalonga Pujadas por su inestimable colaboración

A mi amigo el Dr. Santiago Peña Falero por su dedicación



## Tratamiento de un caso por estrés postraumático

El abordaje del tratamiento de los trastornos de ansiedad, queda enmarcado en diversas teorías explicativas, pero su principal característica reside en el plano individual. La génesis y naturaleza de la regulación emocional en el caso que abordamos tiene una especial connotación por tratarse de un individuo que trabaja en el Cuerpo de Bomberos, donde las decisiones en un momento de riesgo, deben ser tomadas de forma rápida y eficaz. Este artículo describe el proceso de evaluación y tratamiento utilizando técnicas cognitivo-conductuales con objeto de que la persona afectada por estrés postraumático pueda volver a la normalidad de su trabajo. Con la ayuda del modelo de vulnerabilidad/resiliencia, el resultado nos abre un camino para ir más allá del tratamiento efectuado, adquiriendo nuevas estrategias de afrontamiento y reforzando las utilizadas en su repertorio de conducta.

**Palabras clave:** estrés postraumático, estrategias de afrontamiento, ansiedad, resiliencia

## Treatment of post-traumatic stress case

The approach to anxiety treatments remains within various explanatory theories, but its main feature resides in an individual level. The genesis and the nature of the emotional regulation in the case that we are dealing, has a special connotation because it is an individual who works in the Fire Department where decisions are made in a moment of hazard for which that have to be made in a quick and efficient manner. This article describes the evaluation process and treatment using cognitive-behavioral techniques with the purpose that the affected individual is able to return normally to work. With the help from vulnerability resistance pattern, the result opens a way to go beyond the executed treatment obtaining new coping strategies reinforcing those used behaviour repertoire.

**Key words:** post traumatic stress, coping strategies, anxiety, resistance

## **Tratamiento de un caso por estrés postraumático**

### **1. Descripción del Caso**

Se trata de un hombre de 35 años, soltero y sin hijos, de profesión bombero, con 10 años de antigüedad en el servicio. Vive solo, aunque frecuenta con cierta regularidad la casa de sus padres, que forman una familia de nivel social medio. Ha realizado estudios universitarios, a pesar de lo cual, su vocación desde niño fue ser bombero. De compleción atlética y mediana estatura, presenta signos de fatiga, cansancio y cierta dejadez en su vestimenta. Acude a la consulta solo, con extrema cautela y escepticismo.

Sitúa el origen del problema en un intervención realizada hace dos meses, en la que murió su compañero de trabajo y de promoción. Fuera del trabajo también eran amigos.

### **2. Motivo de la consulta**

El paciente llega a la consulta remitido por el médico de familia, después de dos meses de baja laboral. Se encuentra convaleciente de un accidente laboral con quemaduras térmicas de segundo grado en manos y cara. Durante estos dos meses ha desarrollado una fobia específica hacia el fuego y los espacios cerrados, incluyendo algunos episodios de pánico.

Describe la forma como ocurrió el accidente estando de servicio junto a su equipo; fueron activados para apagar un incendio de grandes dimensiones que se había apoderado de un inmueble de cinco pisos. En el mismo, y a causa de las llamas, se derrumbó el techo del último piso, quedando atrapado junto a un compañero. El humo era intenso y él mismo pudo liberarse de los materiales derribados, intentando hacer lo propio con su compañero. Tras desesperados esfuerzos vio como la situación se agravaba por momentos, escapando para no morir asfixiado y dejando inconsciente a su compañero, que más tarde murió cuando lo trasladaban en ambulancia hacia el hospital.

Comenta sentirse aturdido y sin capacidad de respuesta ante cualquier situación que percibe como una amenaza. (Por ejemplo, no ha vuelto a encender fuego en la chimenea de su casa).

### **3. Historia del problema**

El paciente no presenta una historia previa de conflictos en el plano familiar, laboral o social hasta la fecha del accidente. Describe una infancia y adolescencia normal con el objetivo cumplido de ser bombero con un reconocimiento alto. Se define a sí mismo como un hombre afortunado y con buena salud para el desempeño de su trabajo. Aporta los informes médicos de su baja laboral sin que haya ninguna observación especial, refiriendo una mayor preocupación por las secuelas psíquicas que por las físicas.

#### 4. Evaluación del paciente. Procedimiento y recogida de datos

##### Instrumentos de evaluación y objetivos (Tabla N.º. 1)

**4.1. Primera Sesión.** Tras una primera entrevista para la recogida de datos, el paciente expresó su deseo de acudir solo a consulta. No quiere dar explicaciones a sus padres, ni amigos o compañeros para no preocuparlos. Piensa que el hecho de recibir terapia puede interpretarse de forma errónea en la Institución donde trabaja. Él mismo lo percibe como un signo de debilidad; nunca hasta la fecha había necesitado terapia o ayuda psicológica.

**Datos de la exploración.** Se recogieron datos de la frecuencia, intensidad y duración de los síntomas descritos, como insomnio y dificultad para conciliar el sueño, hiperactividad, estado de agitación y confusión de ideas que le impiden concentrarse en cualquier tarea rutinaria que pretenda realizar (por ejemplo; ir a la compra, leer un libro, quedar con los amigos).

El paciente describe pensamientos en forma de pesadilla, recordando y reviviendo la situación traumática. Con frecuencia le asaltan recuerdos desagradables acompañados de malestar psicológico intenso. Se muestra incapaz de aceptar los hechos, en especial la muerte de su amigo. Manifiesta sentimientos de culpa, pensando que no hizo lo suficiente para ayudarlo. Se observaron signos de agitación motriz en todo el cuerpo, en especial manos, cuello y cara, siendo éstas las zonas más afectadas por las quemaduras.

Instrumentos	Objetivos
Entrevista inicial con el paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar las conductas problema</li> <li>-Establecer hipótesis explicativas sobre el origen y mantenimiento de las conductas problema</li> <li>-Evaluar niveles de actividad incompatibles con la conducta problema</li> </ul>
Segunda entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Validar datos recogidos en la primera entrevista a través de diferentes medidas de autoinforme</li> <li>-Análisis topográfico de la conducta</li> <li>-Evaluar rasgos de personalidad, estado de ansiedad y manejo de las estrategias de afrontamiento</li> </ul>
Entrevistas con el paciente durante todo el proceso de intervención	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Confirmar hipótesis sobre las conductas problema</li> <li>-Evaluar la adherencia al tratamiento</li> <li>-Aprendizaje e implementación de las técnicas cognitivo-conductuales programadas para el tratamiento</li> <li>-Orientar, instruir y planificar las acciones futuras</li> <li>-Planificación de la terapia con objeto de generalizar los resultados, reforzar las estrategias habidas y aprendizaje de nuevas estrategias y habilidades</li> <li>-Planificar tratamiento del duelo</li> <li>-Verificar la eficacia del tratamiento y la satisfacción del paciente</li> </ul>
Autorregistros del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar la topografía y funcionalidad de las conductas problema</li> <li>-Verificar los cambios terapéuticos</li> </ul>
Fin del tratamiento y posterior seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Validar los datos obtenidos a través del proceso de intervención y la propia intervención para garantizar el mantenimiento de la conducta deseada</li> </ul>

**Tabla N.º. 1.-** Instrumentos de evaluación y objetivos.

#### 4.2. Segunda sesión. Datos obtenidos en la aplicación de los auto-informes:

-Cuestionario de Personalidad Big-Five (BFQ, Caprara, Barbaranelli y Borgogni, Adaptación de Bermúdez, 2007). El análisis de los cinco factores de personalidad, confirmó los datos sobre el aspecto social del paciente, inestabilidad emocional, pérdida de motivación e interés por cualquier aspecto cultural o de ocio y evitación del contacto social.

-Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI, Spielberger. Adaptación de Seisdedos, N, 2002). En la primera escala, ansiedad/estado, los datos ofrecieron una puntuación significativa, caracterizada por fluctuaciones en el estado de ánimo, estado de alerta y vigilancia intensiva. En la segunda escala, como rasgo de personalidad, la puntuación fue prácticamente nula.

-Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI, Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal. Adaptación de Cano y Cols., 2007). El estilo de afrontamiento de las situaciones adversas o traumáticas ofrece un aspecto muy relevante del funcionamiento personal, tradicionalmente contemplado como mecanismo de defensa en el modelo psicoanalítico. En este sentido, los datos del paciente obtenidos en la aplicación del inventario CSI, registran puntuaciones muy altas en las escalas de autocrítica, pensamiento desiderativo y retirada social. Por el contrario se dan puntuaciones muy bajas en las escalas de reestructuración cognitiva y evitación de problemas, obteniendo puntuaciones medias en el resto de escalas. La respuesta global, registra en su mayoría los aspectos más negativos de los diferentes ítems (Tabla N°. 2).

<b>Estrategias de Afrontamiento</b>	<b>Ítems</b>	<b>Ejemplo</b>	<b>Puntuación/ escala centiles</b>
Resolución de problemas (REP)	5	Luché para resolver el problema	14/40
Autocrítica (AUC)	5	Me culpé a mi mismo	19/98
Expresión emocional (EEM)	5	Dejé salir mis sentimientos para reducir el estrés	14/80
Pensamiento desiderativo (PSD)	5	Deseé no encontrarme nunca más en esta situación	19/90
Apoyo social (APS)	5	Hablé con una persona de confianza	11/50
Reestructuración cognitiva (REC)	5	Repasé el problema una y otra vez en mi mente para ver las cosas de forma diferente	02/04
Evitación de problemas (EVP)	5	Traté de olvidar por completo el asunto	00/05
Retirada social (RES)	5	Pasé algún tiempo solo	20/99
<b>Total Ítems</b>	<b>40</b>	-----	-----

**Tabla N°. 2.-** Relación de las puntuaciones sobre las 8 escalas primarias del Inventario de estrategias de afrontamiento CSI, recogidas durante la primera aplicación en la segunda entrevista.

### 4.3. Análisis topográfico de las conductas problema

**Sistema motor:** el paciente pasa la mayor parte del día deambulando por la casa sin hacer nada en concreto (“no puedo terminar nada de lo que empiezo”). Evita todo lo relacionado con el fuego (“en ningún momento me veo capaz de encender el fuego para preparar un café”). Le gusta ir al cine, pero no lo ha hecho desde que sufrió el accidente (“no me imagino en un sitio cerrado, oscuro y lleno de gente”). En general rehúye los espacios públicos, siendo incapaz de dejar el coche en un garaje subterráneo (“me da la sensación de que se puede venir todo abajo”). Suele quedarse en casa rumiando y sale únicamente para ir a comer a casa de sus padres (“es el único momento tranquilo del día”).

**Sistema cognitivo:** ha desarrollado pensamientos anticipatorios de consecuencias negativas (“cuando salgo a la calle miro hacia arriba por si desprende algo”), lo cual le ha llevado a evaluar de forma peyorativa las propias capacidades (“no sería capaz de correr”), menospreciando los recursos y las estrategias de afrontamiento de las que disponía anteriormente (“no valgo para nada, no he sido capaz de salvar a mi amigo”).

**Sistema fisiológico:** ha intensificado la autoobservación y la interpretación errónea de los síntomas somáticos (“La mayor parte del día me siento angustiado, tengo taquicardia y sudoración”). Esto sucede cuando aparecen pensamientos del tipo, “tengo la sensación de estar loco y que me va a dar algo”; y en alguna ocasión, se encuentra hablando con el fallecido diciéndole, “levanta que nos vamos a quemar”.

## 5. Análisis funcional y diagnóstico diferencial

**El análisis funcional nos orientó hacia la hipótesis de un trastorno por estrés postraumático (Tabla N°. 3)**

Con independencia que desde el punto de vista nosológico, el trastorno de nuestro paciente pueda ser definido como un trastorno por estrés postraumático, el análisis funcional nos permitió establecer una cadena causal donde se presentan todos los síntomas descritos en el DSM IV-TR sobre dicho trastorno.

Se observó que las respuestas de evitación, acompañadas de una elevada activación fisiológica (sudoración, mareos, opresión en el pecho, etc.), se daban exclusivamente en aspectos relacionados con el accidente; en consecuencia, lejos de adoptar estrategias de afrontamiento adaptativas, el paciente recurría a las conductas de escape-evitación que, paradójicamente incrementaban su malestar, manteniendo la secuencia funcional.

Este tipo de respuestas serían incompatibles con el desarrollo y aplicación de estrategias de afrontamiento positivas, lo que le mantendría apartado de las competencias necesarias para afrontar las exigencias del medio laboral y social.

Así mismo, la inhibición conductual, las manifestaciones negativas sobre el estado de ánimo y los síntomas psicofisiológicos, facilitarían un círculo vicioso, impidiéndole avanzar y deteriorando aún más su estabilidad emocional.

Estímulos antecedentes más relevantes	Respuestas	Consecuentes
-Estar sometido a un espacio cerrado -Ver o imaginar cualquier situación donde aparezca una llama (por ejemplo; un mechero) -Cualquier ruido inesperado -Pensamientos intrusivos de lo sucedido, en los que se reproducen secuencias aisladas del accidente -La sirena de una ambulancia, camión de bomberos, policía, etc.	<b>Sistema motor:</b> -Conductas de evitación ya descritas <b>Sistema Cognitivo:</b> -Sentimientos de temor, amenaza y aprehensión -Anticipación de consecuencias negativas -Evaluación peyorativa de las propias capacidades <b>Sistema Fisiológico:</b> -Desencadenamiento de respuestas neurovegetativas	-Incremento de las conductas problema, encerrarse en casa -Aplazamiento de su incorporación laboral -Aislamiento familiar y social -Aumento de la sensación de malestar psicológico intenso -Incremento de las respuestas neurovegetativas

Tabla Nº. 3.- Análisis global de las conductas problema del paciente.

La presión interior a la que se encontraba sometido el paciente, le incapacitó para afrontar las conductas hacia el cambio y la aceptación de los hechos.

### 5.1. Recursos del paciente a favor del tratamiento

En el ámbito familiar, existía una buena relación con los padres. A pesar de que no acudieron a consulta por expreso deseo del paciente, le pedimos su implicación en algunas tareas, mediante petición de ayuda directa o proponiéndoles actividades conjuntas, como ir al cine, ir a comer o dar un paseo. En el ámbito social, se trata de una persona bien adaptada que cuenta con buenos amigos. El inicio de una relación sentimental favoreció e incrementó su implicación en la terapia para obtener una mayor aceptación de la misma y mayor deseabilidad social.

En el ámbito de los intereses personales, el paciente practicaba deporte al aire libre, buceo y diferentes actividades de ocio. Este tipo de conductas, junto a las razones anteriormente descritas, facilitaron las tareas siendo buenos predictores para la motivación interna, el afán de superación y la percepción de autoeficacia.

En la exploración del paciente, se ha constatado el locus de control interno, como rasgo de personalidad. Aunque en principio la atribución interna de culpabilidad resulte compleja, nos ayudó a valorar la capacidad de autocontrol en las situaciones generadoras de ansiedad y facilitó la creación de nuevas cogniciones orientadas hacia otras situaciones más objetivas y por tanto, más positivas y manipulables.

## 6. Intervención. Desarrollo y procedimiento (Tabla N°. 4)

El modelo de incubación de la ansiedad de Eysenck explicaría la paradoja de la falta de extinción de las respuestas conductuales (Chorot, 1991). La incubación se daría por la exposición breve y aislada del estímulo desencadenante, el cual adquiere la propiedad de impulso o “drive” para sucesivas situaciones.

Habida cuenta de ello, sería de especial relevancia la aplicación del modelo de extinción de Levis como extensión cognitiva de la teoría bifactorial de Mowrer. La eficacia del modelo se fundamenta en las redes de memoria emocional.

Estas redes presentan conexiones entre estímulo y respuesta, quedando archivadas en la memoria a largo plazo. Si en un momento dado aparece el primero de los estímulos adversos que forman la red, de forma real o en forma de pensamiento, iría recorriendo toda la red de memoria emocional.

Las respuestas de evitación del paciente impiden la exposición completa a esa red de memoria emocional, por lo que persisten y se mantienen las respuestas de ansiedad.

Desde este marco teórico, la exposición se presenta como el tratamiento más eficaz, de forma que si consiguiésemos la no aparición de respuestas de ansiedad conectadas a dicha red, las respuestas de miedo o ansiedad quedarían extinguidas.

El autorregistro se propuso como una medida importante para valorar el análisis de conducta.

Se contemplaron una serie de objetivos a lo largo del tratamiento, fijados a través de un proceso de negociación conjunta. Se explicó al paciente en qué consistiría cada una de las técnicas y la forma de llevarlas a cabo. La consecución de los mismos se planificó en doce sesiones cuya frecuencia y periodicidad se puede ver en la tabla N°. 4.

Sesión	Objetivos	Técnicas utilizadas	Tareas asignadas
1ª	-Evaluación -Adherencia al tratamiento -Implicación en el mismo	-Entrevista -Instrucción sobre el funcionamiento de la conducta y los principios básicos de aprendizaje	-Instrucciones para realizar un autorregistro -Información sobre la importancia del mismo
2ª	-Evaluación -Adherencia al tratamiento -Implicación en el mismo -Impulsar motivación	-Entrevista -Instrucción sobre el funcionamiento emocional y los principios básicos de aprendizaje -Listado de estímulos aversivos	-Autorregistros y evaluación de ansiedad -Salir de paseo por las cercanías del centro de trabajo en compañía de un amigo
3ª	-Revisión y evaluación de tareas -Adherencia al tratamiento -Reducir ansiedad -Evaluación de ansiedad -Aprendizaje en la construcción de imágenes mentales	-Entrenamiento en control de respiración -Relajación muscular -Reestructuración cognitiva -Exposición en imágenes según jerarquía establecida	-Autorregistros y evaluación de ansiedad -Salir a cenar con un amigo -Exposición en vivo entrando en el aparcamiento de su casa -Iniciarse en la autonomía de las tareas de su casa.



4ª	-Revisión y evaluación de tareas -Recuperación de anteriores estrategias -Reducir ansiedad -Mejorar el funcionamiento social	-Relajación muscular -Reestructuración cognitiva -Autoinstrucciones -Inoculación del estrés -Exposición en imágenes según jerarquía establecida	-Autorregistros y evaluación de ansiedad -Cocinar para sus padres en casa -Invitarlos al cine -Organizar una cena con amigos fuera de casa
5ª	-Revisión y evaluación de tareas -Modificar pensamientos irracionales -Recuperación de anteriores estrategias	-Reestructuración cognitiva -Terapia racional-emotiva -Técnica de autocontrol -Estilo atribucional - Autoinstrucción /autorefuerzo	-Autorregistros y evaluación de ansiedad -Acudir al centro de trabajo para saludar a los compañeros -Programar una jornada con su pareja en cualquier actividad
6ª	-Revisión y evaluación de tareas -Aprendizaje de nuevas estrategias -Generalizar aprendizaje	-Reestructuración cognitiva -Parada de pensamiento -Solución de problemas -Exposición en imagen atendiendo un caso similar al accidente	-Autorregistros y evaluación de ansiedad -Acercarse a una obra con tareas de desescombro -Acercarse a un hospital y recorrer la zona de urgencias
7ª	-Revisión y evaluación de tareas -Aprendizaje de nuevas estrategias -Generalizar aprendizaje	-Técnica de autocontrol -Exposición en imagen según jerarquía ( caso similar con varios fallecidos) -Planificación de actividades sociales	-Autorregistros y evaluación de ansiedad -Programar actividades al aire libre con su pareja -Ir de compras con su pareja
8ª	-Revisión y evaluación de tareas -Extinción total de la conducta problema -Aprendizaje y utilización de nuevas estrategias -Generalizar aprendizaje	-Relajación muscular -Técnica de autocontrol -Control de emociones negativas -Exposición en imagen de todo el circuito emocional de la conducta problema	-Autorregistros y evaluación de ansiedad -Organizar una cena en casa utilizando la chimenea -Presenciar un hoguera en compañía de su pareja
9ª	-Revisión y evaluación de tareas -Aceptación de una pérdida -Utilización de nuevas estrategias - Extinción total de la conducta problema -Vuelta al trabajo	-Información sobre los procesos del duelo y culpabilidad -Exposición en imagen de la secuencia completa del accidente -Reestructuración cognitiva y terapia breve (counselling) - “Ventilación emocional”	-Autorregistros y evaluación de ansiedad -Visitar a los padres de su amigo fallecido -Visitar a los compañeros más afectados y charlar con ellos sobre lo ocurrido -Trabajar el sentimiento de culpa, escribiendo una carta a su amigo
10ª	-Evaluación de la adecuada regulación emocional -Entrenamiento en gestión de riesgos	-Introducción al modelo de vulnerabilidad/resiliencia -Puesta en práctica de los principios del modelo -Exposición en imágenes	-Revisión de todas las tareas habidas durante la intervención -Evaluación de las mismas, aportando críticas y sugerencias -Evaluación de riesgos
Sgtos. 11ª y 12ª	-Evaluación y revisión de las tareas y de la interacción con el paciente -Consolidación de aprendizajes previos -Evaluar satisfacción del paciente y consolidación objetivos	-Entrevistas telefónicas -Refuerzo positivo y sugerencias de mejora -Consejo psicológico/counselling -Planificación de tareas -Planificación actividades de ocio	-Planificar registros: autoobservación/autoregulación/autoevaluación -Entrenamiento en técnicas de autorrefuerzo -Entrenamiento en motivación intrínseca -Planificación de tareas de ocio

Tabla N.º. 4.- Objetivos, técnicas utilizadas en las sesiones y tareas inter-sesiones.

## 6.1. Objetivos generales

1º- **Garantizar la adherencia al tratamiento** y la implicación del paciente en el mismo, utilizando la propia motivación para incorporarse cuanto antes al trabajo. Valoramos como positivo el hecho de no haber historia previa de la conducta problema anterior al accidente. Así mismo, para garantizar la colaboración e implicación, pusimos a su disposición toda la información respecto al funcionamiento emocional y los principios básicos de aprendizaje de la conducta.

2º- **Extinción total y completa de las conductas problema** mediante el aprendizaje de respuestas antagónicas en la planificación de tareas cotidianas. Se adoptaron técnicas de exposición encubierta a través de aproximaciones sucesivas en consulta y técnicas de exposición en vivo o auto-exposición entre sesiones de forma gradual. Para conseguir una mayor eficacia en las actividades propuestas, se contempló la posibilidad de llevarlas a cabo con los padres, con la pareja, con un amigo y más adelante con el grupo de amigos.

3º- **Reducir el nivel de ansiedad** entrenándole en diferentes técnicas de control de ansiedad (Tabla Nº.4), como veremos más adelante, para garantizar el éxito en las tareas propuestas, mantener los logros terapéuticos y generalizar los resultados.

4º- **Eliminación de respuestas emocionales negativas** y recuperación de las anteriores habilidades cognitivas, según datos obtenidos en el inventario de estrategias de afrontamiento CSI (Tabla Nº. 2), entrenando al paciente con objeto de facilitar la exposición a los estímulos temidos y/o el enfrentamiento puntual de situaciones traumáticas anteriores, mediante la exploración y detección de pensamientos automáticos e irracionales. Algunos de estos pensamientos fueron: “soy un inútil”, “debo ser un ejemplo para el resto”, “estas cosas no le pueden pasar a un bombero”

## 6.2. Objetivos específicos

1º- Vuelta a la normalidad e incorporación a la vida laboral, familiar y social, al igual que antes del accidente. Las tareas planificadas incluyeron de forma jerárquica, los estímulos más temidos: encender la chimenea de su casa, utilizar un aparcamiento subterráneo, hacer la compra en un supermercado, ir al cine con un amigo y dar un paso más en su nueva relación sentimental.

2º- Ir más allá de la recuperación, fortalecer las anteriores estrategias y desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento y habilidades sociales, aplicando el modelo de vulnerabilidad/resiliencia y psicología positiva.

“Cada edad posee su fuerza y su debilidad y los momentos sin heridas de la existencia son el resultado de nuestra capacidad de dominar y de superar aquello que, dentro de nosotros, implica una constante reorganización de lo biológico, lo afectivo, el medio social y cultural” (Cyrulnik, 2007).

## 7. Sesiones y estructura de las mismas

El programa de intervención se desarrolló durante diez semanas a razón de dos sesiones semanales en las dos primeras semanas y una sesión semanal en las siguientes ocho semanas, con un total de doce sesiones, entre una hora y hora y media de duración. El deseo de volver al trabajo por parte del paciente generó un clima de mutua confianza. Las dos últimas sesiones fueron de seguimiento.

## 7.1. Descripción de las técnicas utilizadas.

- *Entrenamiento en control de la respiración.* Sentado con los hombros caídos y las manos sobre los muslos, se le pidió que respirara diez veces lentamente y que lo repitiera de la misma forma cada vez que se enfrentase a un episodio de ansiedad.

- *Relajación muscular progresiva tipo Jacobson.* Con los ojos cerrados, tumbado o sentado con la cabeza apoyada, se le enseñó a realizar movimientos de tensión-extensión de todos los músculos del cuerpo, en cuatro grupos principales: mano, antebrazo y bíceps; tórax, estómago y región lumbar; muslos, nalgas, pantorrillas y pies.

- *Autorregistro* de las situaciones generadoras de ansiedad en una escala de 0 a 10.

- *Parada de pensamiento.* Se le entrenó a evocar imágenes o pensamientos no deseados para interrumpirlos con la palabra ¡NO!, al mismo tiempo se le pedía que describiese o realizase una actividad incompatible con la situación ansiógena.

- Se utilizó la técnica de *autoinstrucciones* y *autorrefuerzo* positivo para complementar la parada de pensamiento, partiendo de la base que el lenguaje ejerce una función reguladora sobre el pensamiento y la conducta.

- *Reestructuración cognitiva.* Se le informó que los pensamientos automáticos son fruto de la distorsión cognitiva, lejos de los esquemas reales, debido a la personal percepción y valoración de la situación (Caro, 1999).

- *Terapia racional-emotiva.* Se le instruyó en el modelo, destacando que los problemas provienen en su mayoría de las creencias irracionales que se adoptan acerca del problema, de uno mismo, de los demás y del mundo que nos rodea (Ellis, 2003).

- *Estrategia cognitivo-conductual de inoculación del estrés.* Se le enseñó su aplicación en cuatro pasos: relajarse, construir una jerarquía de situaciones de malestar emocional, seleccionar estrategias de afrontamiento, para abordar y poner en práctica la situación real.

- *Solución de problemas.* Se le entrenó en cinco pasos: especificar el problema, describir la respuesta habitual, confeccionar una lista de respuestas alternativas, valorar las consecuencias de cada una de ellas en función de los resultados y, finalmente elegir la respuesta más adecuada.

- *Exposición encubierta a través de aproximaciones sucesivas,* recuperando en imágenes los estímulos aversivos de forma gradual hasta reproducir íntegramente todo el circuito causante del problema (Upper y Cautela, 1983).

- *Exposición en vivo o autoexposición* de las situaciones temidas, ensayadas previamente en consulta. Se empezó con las de menor dificultad para ir avanzando hacia las situaciones más aversivas.

- *Resiliencia como modelo de salud*. Se le explicaron los conceptos de riesgo, amenaza y vulnerabilidad, a nivel personal y social, desde un enfoque positivo basado en las posibilidades y oportunidades de crecimiento y adquisición de nuevas estrategias con objeto de salir fortalecido ante una situación adversa (Cyrulnik, 2007).

## 7.2. Descripción de las sesiones, en tres diferentes fases

**En la primera fase** (1ª y 2ª sesión), se estableció llevar a cabo la consecución del primer objetivo: la motivación, implicación y adhesión al tratamiento. Se inició el proceso psicoeducativo y el diagnóstico diferencial.

*Durante la primera y segunda sesión*, se realizó la recogida de datos y el análisis conductual del problema; se realizó el pertinente análisis topográfico y funcional de las conductas problema y, complementariamente, se estableció un diagnóstico diferencial *de trastorno por estrés postraumático*. Por último, se planificó la intervención.

Igualmente, se informó al paciente acerca de la conducta problema, las alternativas terapéuticas más apropiadas, la necesaria colaboración mutua y las posibles expectativas de éxito en función de su implicación (Echeburúa y Corral, 1995).

En este sentido, para facilitar la adherencia e incrementar su implicación, se insistió en comentar al paciente todos y cada uno de los problemas que presentaba en el momento de la entrevista, explicándole el proceso de adquisición, mantenimiento y generalización de los mismos (Tarpy, 1991) a través de diversos ejemplos específicos:

“¿Recuerdas haber sentido miedo alguna vez ante la posibilidad de un atraco mientras andabas por una calle oscura y poco transitada?...de ser así, sería razonable que en lo sucesivo relacionases cualquier calle oscura con la escasa posibilidad de un atraco real”.

“¿Recuerdas haberte quemado alguna vez con aceite o agua hirviendo?...de ser así, seguro que en adelante tomarías precauciones cada vez que te acercases al fuego”.

“También puedes pensar en positivo, trata de recordar y asociar un perfume o música con una situación placentera que te haya sucedido a lo largo del día (el gesto amable del tendero, los juegos de los niños en el parque, la llamada telefónica de un amigo, etc.)”.

La primera reacción del paciente fue de sorpresa e incredulidad, sin embargo gracias a la extensión de estas situaciones de la vida cotidiana, pudo entender la razón de los recuerdos invasores que le atormentaban viendo a su compañero entre las llamas.

Para empezar a trabajar en casa se le explicó la técnica de autorregistro y la importancia del mismo. A través de los datos recogidos se elaboró un listado de situaciones perturbadoras y el grado de ansiedad de las mismas (Tabla Nº. 5).

Estímulos temidos, generadores de ansiedad	Semana 3	Semana 5	Semana 7	Semana 9
Encender la chimenea de casa	8	7	4	1
Aparcar en un subterráneo	8	7	5	2
Coger el ascensor	8	6	5	2
Escuchar ruido durante la noche	7	6	4	1
Escuchar un ruido fuerte durante el día	8	6	4	0
Pasear por un parque	6	4	2	1
Entrar en un restaurante aglomerado	6	5	3	1
Escuchar la sirena de ambulancia	8	7	4	2
Escuchar la sirena de bomberos o policía	8	7	4	2
Reunirse con los amigos	7	5	3	1
Quedar con alguien para salir (su novia)	7	5	3	0
Quedarse dormido en el sofá	8	6	4	1
Recordar escenas del accidente	8	6	3	1
Encontrarse con alguno de sus compañeros	8	6	3	2

**Tabla N.º. 5.-** Autorregistro y autoevaluación ante situaciones generadoras de ansiedad, en una escala de 0-10 puntos en las semanas 3, 5, 7 y 9.

**En la segunda fase** (3<sup>a</sup>- 8<sup>a</sup> sesión), en base a los pensamientos, sentimientos y emociones descritos sobre la conducta problema, tales como el humo denso, la salida, los cascotes del techo y el compañero inconsciente entre las llamas, se pudieron operativizar imágenes y pensamientos asociados a la vivencia para establecer una jerarquía de estímulos aversivos. Este listado resultó fundamental para trabajar en las sesiones de exposición encubierta y en autoexposición. En función de esta jerarquía se procedió a la elección de las diferentes técnicas para cada sesión (Echeburúa, 2009).

Se planificó cómo llevar a cabo el resto de objetivos, en especial el proceso de extinción de la conducta problema, la eliminación de ansiedad y las respuestas emocionales negativas. Entre la tercera y octava sesión, el peso del tratamiento recayó sobre la exposición, utilizando la exposición encubierta a través de aproximaciones sucesivas en consulta y la exposición en vivo o autoexposición como tarea entre sesiones, precedidas de técnicas de control de respiración y relajación muscular.

Todas ellas se realizaron de forma gradual, en tiempo, frecuencia, intensidad y duración. Cada ejercicio de exposición en imágenes podía durar entre cinco y diez minutos y no exceder en más de una hora la autoexposición.

De forma sistemática, en todas las sesiones de exposición encubierta se fueron anotando de forma objetiva la intensidad y duración de las respuestas de ansiedad y, de forma subjetiva, la percepción del paciente. Se entiende que todas las sesiones de exposición se iniciaban con técnicas de respiración y relajación muscular para conseguir una mayor eficacia de las mismas.

La *tercera sesión* se inició con entrenamiento en control de respiración y relajación progresiva en la forma descrita. Se revisó y comentó el autorregistro, pudiendo observar que los estímulos relacionados con el fuego, los espacios cerrados, los ruidos y los pensamientos intrusivos fueron motivo de un elevado grado de ansiedad. El paciente los describió con gran

malestar físico y psicológico: “no puedo dejar de pensar en ello, de día y de noche, me horroriza la idea de quedarme dormido y no poder despertar”.

A raíz de ello se indagó en profundidad sobre estímulos relacionados con las conductas y pensamientos descritos por el paciente, estableciendo una jerarquía, en el orden de menor a mayor ansiedad (Tabla Nº. 5). Esta jerarquía se utilizó igualmente para realizar las tareas entre sesiones.

A continuación, antes de iniciar la exposición en imágenes se le pidió que recordase, al menos, tres situaciones agradables: se imaginó buceando en aguas cristalinas, dando un paseo junto al mar con su pareja y de viaje por un país asiático. Se le explicó que los pensamientos negativos pueden ser sustituidos por otros más adaptativos en un proceso de reestructuración cognitiva.

En sesiones de hasta cinco minutos de duración, se le pidió, con los ojos cerrados, que imaginase una escena entrando en un restaurante hasta el punto de sentirse incómodo. En este momento debía abrir los ojos y recuperar algunas de las imágenes positivas. Se repitió el ejemplo entrando en un cine y aparcando el coche en su garaje.

El paciente entendió perfectamente la estrategia y comprobó la imposibilidad de tener dos pensamientos antagónicos a la vez. Se utilizó el humor, en la medida de lo posible, creando un clima distendido con el siguiente ejemplo: ¿qué harías para meter un elefante en un Seat 600?... abrir la puerta y sentarlo; ¿Qué harías para meter un segundo elefante?... Sacar el primero y sentar al segundo.

Se finalizó la sesión con un nuevo entrenamiento en relajación muscular, durante veinte minutos y, se le facilitó una guía para seguir practicando en casa.

*En la cuarta sesión* el paciente explicó que la realización del autorregistro había sido motivo de ansiedad y se habían incrementado los pensamientos intrusivos. Se realizó una sesión de relajación muscular progresiva durante veinte minutos para abordar el autorregistro y trabajar los aspectos cognitivos que actuaban como estímulo discriminativo en la aparición de los episodios de ansiedad.

Siguieron varias tareas de exposición: se imaginó en casa preparando una cena para sus padres; describió la situación con un buen grado de tolerancia y a continuación se le pidió que se imaginase entrando con ellos en un cine. En este caso sintió un cierto grado de malestar que enseguida substituyó por los pensamientos positivos.

Estas tareas se practicaron con objeto de llevarlas a cabo entre sesiones. Se le pidió además, reunirse y cenar con sus amigos, a los que no veía desde el accidente. Para facilitar las tareas se le enseñó a guiar el pensamiento a través de autoinstrucciones; “venga, ya falta poco para llegar”, “mis padres me lo agradecerán”, “mis amigos se alegrarán”.

Se dio un paso más utilizando la técnica de inoculación del estrés. Se le pidió que presenciase en imágenes un accidente de gran impacto entre dos coches y que planificase una intervención inmediata; describió como acudía a recuperar los cuerpos atrapados con cierto grado de malestar. Se le pidió que terminase de describir la secuencia completa de la

gestión del accidente: describió que mientras intentaba hacer algo por las personas accidentadas, llegó el camión de bomberos y la ambulancia.

Cuando terminó el relato, acompañado de autoinstrucciones y autorrefuerzo positivo, refirió sentirse bien por haber realizado una buena labor: “creo que lo hice bien, he ayudado a esta gente”.

Por último se asignaron las tareas de exposición en vivo y se le recordó que practicase la relajación muscular progresiva entre sesiones, antes de la exposición.

*La quinta y sexta sesión* se iniciaron con la revisión de las tareas y el autorregistro, pudiendo observar un considerable descenso en las puntuaciones de ansiedad. Refirió sentirse mejor. El hecho de reunirse con los amigos, facilitó una de las tareas asignadas más complejas: la visita al centro de trabajo para saludar a los compañeros y programar actividades con su pareja.

Esta mejoría se aprovechó para avanzar en la jerarquía de estímulos relacionados directamente con el accidente. Previamente se le explicó el fundamento de la técnica racional emotiva, acerca de las ideas irracionales y se le pidió que verbalizase algunos pensamientos ya descritos durante la entrevista:

“Soy un inútil”, “debo ser un ejemplo para el resto”, “estas cosas no le pueden pasar a un bombero”. Se expusieron algunos de los pensamientos irracionales más frecuentes, explicando la imposibilidad de alcanzar metas tan generales, la imposibilidad de alcanzar la perfección y la necesidad de ser aprobado por todo el mundo. Se le hizo entender que no hay una ley que exija tales premisas.

“Es una necesidad extrema para el ser humano ser amado y aprobado por el resto de la sociedad”; “para considerarse uno mismo valioso, debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles”; “la desgracia humana se origina por causas externas y las personas tienen poca o ninguna capacidad de controlar sus pensamientos y perturbaciones”; “es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen”; “la historia pasada de cada uno es un determinante decisivo de la actual conducta y algo que ocurrió alguna vez, le seguirá afectando indefinidamente”.

Con objeto de rebatir y combatir estas ideas, se hizo una breve exposición de las diferentes formas que se dan en la atribución causal de la conducta y los pensamientos.

Tras un período de reflexión, el paciente sintió gran alivio cuando por fin se pudo identificar con el estilo de atribución interna, “con ayuda lo conseguiré”, específica, “en muchas ocasiones he realizado un buen servicio” e inestable, “tengo esperanza de que esto se solucione pronto”. De forma totalmente espontánea volvió a utilizar estrategias de autoinstrucciones y autorrefuerzo.

*En la sexta sesión* se le instruyó en las técnicas de parada de pensamiento y solución de problemas con varios ejemplos. A continuación se realizó relajación muscular.

Siguiendo la jerarquía establecida, se ensayó exposición encubierta con aproximaciones sucesivas a estímulos nocivos, con una duración entre tres y cinco minutos: entrar en una casa en ruinas, percibir humo denso y estar atrapado en el ascensor. En cada una de estas situaciones debía imaginar lo peor que le podía suceder. En el punto de mayor ansiedad, se le entrenó a detener el pensamiento con la palabra ¡NO!, y recurrir a imágenes antagónicas. Relató que se sentía capaz de pedir ayuda y de salir por sus propios medios de la situación.

El siguiente ejercicio de exposición en imágenes se desarrolló en el interior de una obra en la que había un proceso de demolición, con ruido intenso, gran polvareda y caída de escombros. A través de estas tareas, igual como sucede en un laberinto, aprendió a establecer diferentes alternativas, salidas o soluciones para un mismo problema.

El paciente comentó la utilidad de estas técnicas, suponiendo un gran avance en la dirección del objetivo principal: la extinción de las conductas archivadas en la red emocional. Se programaron tareas para visitar una obra y la zona de urgencias de un hospital. Como norma, se discutían las posibles dificultades y se valoraban las diferentes técnicas a utilizar como prevención de respuesta o solución de problemas.

*En la séptima y octava sesión*, se prestó especial atención en valorar los éxitos del paciente como hechos reales, antagónicos a sus pensamientos irracionales y destacar las dificultades y debilidades encontradas y sufridas como prueba de superación con la ayuda de todos los conocimientos y técnicas adquiridas a través del tratamiento.

A partir de ello, se buscó una situación con mayor grado de complejidad que las anteriores. En la séptima sesión se le pidió la reviviscencia de un caso similar y un accidente de coche con varios fallecidos. El paciente respondió con gran aplomo y refirió sentirse capaz de resolver el problema utilizando estrategias de reestructuración cognitiva y solución de problemas: “estoy solo y necesito ayuda”, “mientras llegan refuerzos puedo rescatar a los que todavía están con vida”.

*En la octava sesión* se abordó directamente el circuito completo de la memoria emocional. Se inició la sesión con relajación muscular progresiva durante veinte minutos y a continuación se le pidió la reviviscencia en imágenes del accidente durante cinco minutos. Posteriormente verbalizó toda la secuencia que, fue capaz de mantener sin que apareciesen signos de ansiedad, descrito de la siguiente forma: “he visto como el incendio tomaba unas proporciones inesperadas; el humo era tan denso que no encontrábamos la salida para pedir ayuda o tomar un poco de aire; en este instante se vino abajo todo el techo del edificio y mi compañero quedó atrapado; intenté ayudarlo pero me faltó aire para respirar y temí que yo también pudiera desfallecer; en cuestión de momentos pude salir al exterior para pedir ayuda pero cuando llegaron ya era muy tarde para mi amigo” (Echeburúa, 2009).

Esta narración confirmó su capacidad para afrontar los hechos. No hubo ansiedad pero sí un gran dolor, apareciendo conductas de tristeza y llanto.

A pesar de la evidente mejoría y recuperación, se revisaron las técnicas de autocontrol como estrategia de afrontamiento para potenciales o futuras situaciones de riesgo y se le pidió la verbalización de algunas frases propias respecto a lo ocurrido: “ha sido



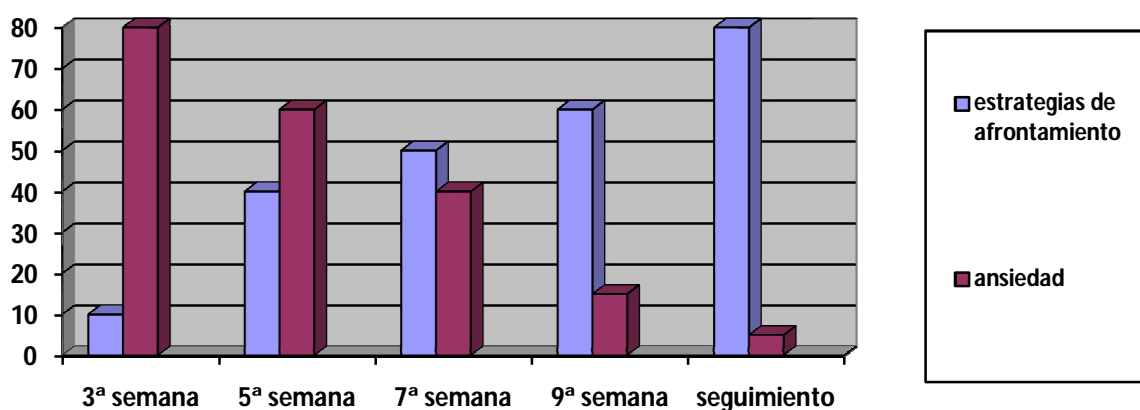
una desgracia, pero hice todo cuanto pude”, “he perdido a un gran amigo”, “se que volvería a hacer lo mismo en una situación similar”.

Después de una breve reflexión, el paciente comprendió que había ganado confianza en sí mismo, incrementando el nivel de motivación. Se analizaron las emociones negativas propias de la pérdida de un ser querido y se finalizó la sesión con tareas de autoexposición sobre estímulos relacionados con el fuego para consolidar lo aprendido.

**En la tercera fase** (9<sup>a</sup>-12<sup>a</sup> sesión) se fueron consolidando los objetivos, se evaluó la autonomía del paciente y la eficacia del tratamiento, repasando toda la jerarquía de estímulos aversivos con objeto de verificar su total extinción. Por último se abordó el proceso del duelo y se llevó a cabo el seguimiento.

*En la novena sesión*, para asegurar la extinción de las conductas de ansiedad, se le pidió de nuevo la narración de la secuencia completa del accidente. De la misma forma y recordando algún detalle, completó la secuencia con gran aplomo y serenidad.

Con las heridas físicas ya recuperadas, asumió de buen grado la propuesta de alta por parte del médico de familia, con la completa convicción que estaba listo para incorporarse al trabajo. El hecho de que el número de éxitos en las tareas de exposición fuese mucho mayor que el número de fracasos fue determinante para adoptar esta decisión (Tabla N<sup>o</sup>. 6).



**Tabla N<sup>o</sup>. 6.-** Resultados de las conductas de ansiedad en relación a la adquisición, aplicación y mantenimiento de las diferentes estrategias de afrontamiento, en términos de porcentaje, en las diferentes fases de tratamiento y seguimiento (Págs. 14 y 16)

Se elaboró el proceso del duelo en forma de terapia breve o *counseling*. En la entrevista inicial, el paciente había descrito sentimientos de tristeza, dolor y culpabilidad. Se le explicó que la capacidad para sentir y expresar el dolor por la muerte de un ser querido es necesaria para consolidar el duelo (Bermejo, 2003). Se le explicaron también todas las manifestaciones emocionales y conductuales del duelo, pudiendo entender así la reacción de aturdimiento inicial, la negación, la rabia, la ansiedad, los autorreproches y la culpa, descritos todos ellos en el DSM IV-TR.

Recordó haber manifestado que la situación fue tan horrible que “habría preferido estar en el lugar del otro”, sin embargo en alguna otra ocasión expresó “sentirse aliviado por haber escapado de la situación”. Se le explicó que ese tipo de pensamientos contradictorios y

la ambigüedad de los mismos son los responsables del sentimiento de culpa, llamado también “culpabilidad del superviviente”.

Todos estos aspectos se trabajaron mediante reestructuración cognitiva y técnicas de ventilación emocional. A consecuencia de sus heridas, no había podido asistir al entierro para despedir a su amigo, aunque tuvo conocimiento de los hechos a través del testimonio de sus compañeros.

Se le pidió que imaginase algunas de las escenas descritas por los mismos en el entierro para situarse en el foco del dolor, al tiempo que se le iba preguntando, ¿“cómo te sientes”? ¿“qué sensación estás experimentando”?; a lo cual respondió, “me siento muy triste y avergonzado delante de todos mis compañeros y delante de los padres y hermanos del fallecido”, “he vuelto a sentir rabia y culpa por lo sucedido”, “mis compañeros me abrazaron y me prestaron ayuda porque me vieron muy mal”. Se le pidió que sustituyese estas frases por otras más positivas, lo cual fue posible con ayuda de todo lo aprendido: “me hubiese gustado estar allí de verdad para llorar con los compañeros”, “creo que todos hicimos cuanto estuvo en nuestras manos”, “lo he sentido mucho por la familia”.

Finalmente se habló del incidente ocurrido en las torres gemelas de Nueva York, destacando los sentimientos de solidaridad y apoyo que se establecieron entre los bomberos y la población en general. Paralelamente recordó que él también había recibido mucho apoyo de su familia, pareja, amigos y compañeros (Fernández Millan, 2004).

Se le asignó la tarea de visitar a los padres del fallecido y a los compañeros que también fueron hospitalizados, para mostrarles su apoyo y charlar sobre lo sucedido. Se le pidió, a modo de despedida, que escribiese una carta íntima al fallecido, expresando toda su amistad, sus sentimientos y todo lo que había hecho por él.

*En la décima sesión*, se revisaron las tareas asignadas y el paciente refirió un gran alivio por haber sido capaz de realizarlas, sintiéndose mejor consigo mismo. Dada la implicación del paciente y su interés por los aspectos psicológicos, se le instruyó en el modelo de vulnerabilidad/resiliencia (Zukerfeld & Zukerfeld, 2006); vulnerabilidad como enfermedad frente a resiliencia (o desafío) como salud y fortaleza. Se introdujo el concepto de riesgo como resultado de la interacción entre el hombre y las fuerzas de la naturaleza desde la más remota antigüedad.

Se comentaron los rasgos de una persona resiliente y las características más notables del concepto resiliencia, como la capacidad de establecer relaciones positivas, resolver problemas y extraer conclusiones de los mismos, aprendiendo de lo sucedido para afrontar y resolver nuevas situaciones adversas.

Utilizando la exposición en imágenes, se le pidió de nuevo que se situase en el foco del dolor y en función de estos principios, tratase de poner en práctica algunos de los mismos. Sus respuestas fueron: “si me encontrase en la misma situación, trataría de analizar mis sentimientos y compartirlos con mis compañeros y amigos”, “me preguntaría de inmediato si estaba intentando poner todos los medios que tenía a mi alcance”, “continuaría en la búsqueda, reposición y reestructuración de todo lo sucedido”.

Se hizo una revisión, consiguiendo una perspectiva más dinámica, interactiva y global de las propias fortalezas y capacidades para realizar cambios positivos en el desarrollo personal y social. El paciente describió el proceso como un nuevo aprendizaje para interiorizar sus pensamientos, la autonomía personal, la toma de decisiones y las relaciones con los demás.

Se marcaron diferentes objetivos para futuras situaciones: implementación de los conceptos de riesgo, amenaza y vulnerabilidad, gestión de riesgos, diferencias entre factores de riesgo y factores de protección, asumiendo el concepto de resiliencia como una estrategia personal y de intervención psicosocial en situaciones de desastre.

*En las sesiones once y doce, se hizo un seguimiento a través de entrevistas telefónicas, dejando abierta la posibilidad de una nueva consulta que se dio únicamente para confirmar una gran mejoría y la puesta en práctica de los principios del nuevo modelo. Las tareas asignadas entre sesiones se centraron en las actividades de ocio a modo de autorrecompensa por los logros conseguidos.*

Se le animó a seguir por un tiempo con las tareas de autorregistro, convirtiéndose en su propio observador y evaluador.

El paciente afirmó que el tratamiento había representado un aprendizaje positivo a través de las técnicas y modelos adquiridos, los avances y el desarrollo personal.

## **8. Discusión y Comentarios**

El programa de tratamiento aplicado parece haber sido efectivo en su totalidad. Según los objetivos propuestos, se ha conseguido la total extinción de la conducta problema, el control de pensamientos, la regulación emocional y la consiguiente reincorporación laboral. Hay una relación inversa de las conductas de ansiedad respecto a las estrategias de afrontamiento, obtenidas a través de autorregistro y la aplicación conjunta del inventario CSI. A medida que el paciente recupera y aprende nuevas estrategias, se afianza en su conducta reduciendo el nivel de ansiedad. Este dato nos podría conducir a una línea de investigación más exhaustiva en la relación ansiedad/estrategias de afrontamiento mediada por las diferentes técnicas utilizadas (Tabla N°. 6).

Un estudio más completo, analizando todas las variables posibles, se podría extrapolar a Instituciones y Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, dónde el perfil del interviniente requiere unas características y rasgos de personalidad adecuados a las diferentes profesiones de riesgo.

Cabe destacar la importancia y jerarquía de las técnicas utilizadas en la intervención a través de las diferentes sesiones, su funcionalidad sobre el mantenimiento de la alianza terapéutica, la motivación, autoestima, autonomía, fortaleza, resiliencia y el desarrollo personal y social del paciente.

Las estrategias dirigidas a controlar las emociones negativas, desarrolladas a partir de la tercera sesión, permitieron crear nuevas sinergias con amigos y pareja, desarrollando emociones positivas ante cualquier adversidad.

Se observó que a partir de la cuarta sesión, la implicación de los padres, con los que mantenía una excelente relación, le llevó a estrechar lazos y confiar en ellos como medio de ayuda para resolver la situación. Del mismo modo ganó confianza en sí mismo, afianzándose en la relación con su pareja y la planificación en el medio social.

Ateniéndonos a la hipótesis principal, fueron de especial relevancia para el control de ansiedad y la total extinción de la conducta problema, las técnicas de control de ansiedad, adquiriendo un aprendizaje de las mismas como respuesta adaptativa ante situaciones futuras.

En la décima sesión, la iniciación en el modelo de vulnerabilidad/resiliencia, más allá de la terapia establecida, aportó una nueva línea de actuación como guía de autorrealización personal y bienestar psicológico en la búsqueda de posibilidades y fortalezas internas.

Los recientes estudios en el campo de las neurociencias, relacionan la neuroplasticidad cerebral con la resiliencia como la capacidad de regular la emoción para conseguir una respuesta adaptativa (Azcarate Mengual, 2007).

El incremento de competencias conductuales y estrategias de afrontamiento, facilitaron la relación con el medio y actuó como factor de prevención ante situaciones de riesgo asociadas al desempeño de su trabajo, por lo que creemos que su aplicación sería de gran utilidad a otros colectivos de riesgo.

Se dio por finalizado el tratamiento, dejando abierta la posibilidad de alguna recaída, que para satisfacción del paciente no tuvo lugar a lo largo del seguimiento. Durante el mismo, el paciente reconoció e informó tener a su alcance los medios y las técnicas necesarias para corregir cualquier desviación de su conducta, percibiendo el cambio terapéutico y las estrategias aprendidas como muy positivas y efectivas.

## **9. Conclusiones y recomendaciones**

Resulta obvio que la secuencia en el proceso de intervención viene marcada por la propia naturaleza de la problemática a tratar. En este sentido los pasos que nos encaminaron hacia el tratamiento fueron los siguientes:

-La relación jerárquica que existía entre las diferentes conductas a tratar y su relación con la ansiedad, nos llevó a la planificación de estas conductas a través de actividades cotidianas, con la inestimable ayuda de técnicas de reducción de ansiedad. Ello permitió la incorporación de nuevas estrategias de afrontamiento y una mejoría significativa en sus habilidades laborales, familiares y sociales.

-La secuencia del proceso de intervención marcó la progresión de los resultados del tratamiento. A medida que se evidenciaban los efectos positivos de la intervención sobre una conducta en concreto, éstos tenían efectos beneficiosos sobre el resto de conductas, facilitando la sinergia entre las mismas y produciendo cambios y generalización de los efectos positivos.

-La implicación de los padres, amigos, compañeros y pareja, a través de actividades programadas con ellos, incrementó la percepción de apoyo familiar y social, ya que en ningún momento se les pidió nada a cambio, facilitando al mismo tiempo el cambio terapéutico y la reinserción laboral y social.


-La decisión de explicar y aplicar las mismas técnicas para distintas situaciones, demostró la eficacia de las mismas y al mismo tiempo contribuyó a reforzar la percepción de control y eficacia de las diferentes estrategias ante los estímulos presentados, facilitando el proceso de generalización y mantenimiento de los resultados.

-Respecto a los objetivos, fue muy importante negociar con el paciente la aplicación y consecución de los mismos. En todo momento se le preguntó en qué dirección quería avanzar y a dónde quería llegar, depositando así el interés y la motivación en su elección como forma de alianza terapéutica. Por otra parte se intentó que tanto las técnicas utilizadas en consulta como las tareas programadas fueran atractivas para el paciente.

Este tipo de intervención se ha mostrado eficaz por el éxito obtenido en el tratamiento. Esto nos llevó a construir una guía de atención psicológica en casos de crisis, desastres y emergencias, a nivel personal, grupal y comunitario, para víctimas y equipos de intervención, que fue presentada en una convocatoria de investigación de la *Consellería* de Interior del Gobierno de las Islas Baleares. Se encuentra como guía clasificada en la sede del Colegio Oficial de Psicólogos de las Islas Baleares (COPIB). Se planificó además establecer programas de formación sobre el aprendizaje de estrategias de afrontamiento y técnicas de reducción de ansiedad en diferentes Instituciones con profesiones de riesgo (policía, bomberos, personal sanitario, etc), todo ello en proceso de investigación.

## 10. Referencias

- American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Azcárate Mengual (2007). Trastorno de estrés postraumático: *daño cerebral secundario a la violencia*. Madrid: Díaz de Santos.
- Bermejo, J.C. (2006). La muerte enseña a vivir: *vivir sanamente el duelo*. Madrid: San Pablo
- Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., adaptación de Bermúdez, L (2007). Cuestionario *Big Five*. Madrid: TEA
- Caro, I. (1999). Manual de psicoterapia cognitiva. Barcelona: Paidós.
- Chorot, P. (1991) Teoría de incubación de la ansiedad: *evidencia empírica*. Rev. de Psicol. general y aplicada, 44(4), 435-445.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. Madrid: MacGraw-Hill.
- Echeburúa, E. (2009). Superar un trauma. *El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Ellis, A. (2003). Manual de Terapia racional emotiva. Bilbao: DDB
- Fernández Millán, Juan M. (2004). Apoyo psicológico en situaciones de emergencia. Madrid: Pirámide.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E., adaptación de Seisdedos, N. (2002). STAI, *Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. Madrid: TEA.
- Tarpy, R.M. (1991). Principios básicos del aprendizaje. Madrid: Debate.

Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V, y Kigal, J.K., adaptación de Cano y Cols., (2007). Inventario de estrategias de afrontamiento CSI. Madrid. Actas Esp. Psiquiatr. 2007; 35 (1):29-39. 

Upper, D. y Cautela J.R. (1983). Condicionamiento encubierto. Bilbao: DDB.

Zukerfeld, R & Zonis Zukerfeld, R (2006). Procesos Terciarios: de la vulnerabilidad a la resiliencia. Buenos Aires: Lugar