

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POR ACCIDENTE DE TRÁFICO

Jose Pedro Espada Sánchez
Francisco Xavier Méndez Carrillo

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
UNIVERSIDAD DE MURCIA

RESUMEN

Las secuelas psicológicas tras un accidente de tráfico pueden incluir, entre otras, respuestas de ansiedad como el trastorno de estrés postraumático. En estos casos es frecuente la aparición de síntomas de reexperimentación y de hiperactivación, así como conductas de evitación y, eventualmente, cambios afectivos.

En este trabajo se presenta el tratamiento de un caso de estrés postraumático agudo, a consecuencia de un accidente de circulación. En la terapia, partiendo del análisis funcional, se empleó con éxito la técnica de desensibilización sistemática en combinación con estrategias cognitivo-conductuales como la parada del pensamiento y la reestructuración cognitiva. La comparación de las medidas pretest - postest indicaron una notable mejoría de los síntomas, disminuyeron los episodios de preocupación, las conductas de evitación, y la ansiedad en general. Dichos resultados se mantenían en las sesiones de seguimiento a los doce meses.

Palabras Clave: **TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, TERAPIA DE CONDUCTA, ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN**

SUMMARY

Psychological consequences following a traffic accident may include, among others, anxiety responses such as posttraumatic stress disorder. In such cases, symptoms of re-experimentation and hyperactivity appear frequently, as well as avoidance behavior and mood changes.

The treatment of an acute case of posttraumatic stress as a consequence of a traffic accident is discussed. Using a functional analysis, the therapy successfully employed systematic desensitization combined with cognitive and behavioral strategies including thought stopping and cognitive restructuring. A comparison of the pre and post test measures indicated a significant improvement in the alleviation of symptoms as well as a decrease of worrying episodes, avoidance behaviors, and general anxiety. These results were maintained at twelve-month follow-up meetings.

Key Words: POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER, BEHAVIOR THERAPY, TRAFFIC ACCIDENTS

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno de estrés postraumático (TEPT), incluido entre los trastornos de ansiedad, es un cuadro clínico de reciente incorporación al sistema clasificatorio del DSM, apareciendo por vez primera en la tercera versión de este manual (APA, 1980). Los primeros casos descritos, denominados como "neurosis de guerra", eran referidos por excombatientes en conflictos bélicos. Estos pacientes padecían problemas de ansiedad, depresión, trastornos del sueño, pesadillas, sentimiento de culpa y agresividad (De Paúl, 1995).

El TEPT puede aparecer cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de algún tipo de acontecimiento que suponga una amenaza para la vida o una lesión grave, reaccionando con miedo intenso, indefensión o terror. Posteriormente el acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente, apareciendo conductas de evitación reiterada de los estímulos asociados con el trauma, así como un aumento de la activación en forma de irritabilidad, hipervigilancia, dificultades de concentración y del sueño. (APA, 1994).

En los tres sistemas de respuesta (fisiológico, cognitivo y motor), las principales reacciones que se observan son:

Respuestas fisiológicas: Sueños recurrentes, pesadillas, episodios de incontinencia, hipervigilancia, irritabilidad, reactividad fisiológica ante señales que eliciten el acontecimiento traumático: taquicardias, sudoración, ahogo, tensión muscular.

Respuestas cognitivas: Recuerdos del acontecimiento de carácter invasivo y recurrente, *flashbacks*, dificultades de concentración, pensamientos de indefensión, pensamientos inculpatorios/ auto-inculpatorios, incapacidad para el recuerdo de aspectos importantes del trauma, expectativas de "acortamiento" del futuro, y reducción del interés en actividades gratificantes.

Respuestas motoras: Evitación de estímulos asociados al suceso (lugares, actividades, personas, objetos...), evitación de pensamientos asociados al suceso e incapacidad de realizar actividades relacionadas con el acontecimiento traumático

En cuanto a la tipología del trastorno, desde un criterio cronológico se considera trastorno agudo si la duración de los síntomas es inferior a tres meses, y crónico si es mayor de dicho período. Existe también la variante conocida como de comienzo diferido, caracterizada por un inicio tardío de los síntomas, al menos seis meses después del suceso.

La etiología del TEPT, siguiendo a Echeburúa y Corral, (1997) se describe según diferentes modelos teóricos:

- Según el *modelo de condicionamiento*, el acontecimiento amenazante supone una situación de condicionamiento clásico, en el que las vivencias negativas de dolor, amenaza de muerte, etc., actúan como estímulos incondicionados que producen una respuesta incondicionada de ansiedad.

- El TEPT tendría cierta similitud con el modelo de *indefensión aprendida*, ya que se da una percepción de incontrolabilidad de las situaciones aversivas, presentes y futuras, y la creencia de la ineffectividad de las respuestas futuras para influir sobre las situaciones amenazantes. (Peterson y Seligman, 1983)

- La *teoría del procesamiento de la información* postula que la reexperimentación de los síntomas del TEPT surgen por no haber sido procesado adecuadamente el suceso aversivo, interfiriendo en otras experiencias y conductas.

Tabla 1: Clasificación de los trastornos de Ansiedad

DSM-IV (APA, 1994)	Echeburúa, 1993
Crisis de angustia (<i>ataque de pánico</i>)	Fobias
Agorafobia	Fobia específica
Trastorno de angustia (sin agorafobia/con agorafobia)	Fobia Social
Agorafobia sin historia de trastorno de angustia	Agorafobia
Fobia específica	Ansiedad sin estímulos específicos
Fobia social	Trastorno de pánico
Trastorno obsesivo-compulsivo	Trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno por estrés agudo	Trastorno obsesivo-compulsivo
	Trastorno de estrés postraumático

La prevalencia del TEPT varía en función de su origen, dependiendo del tipo de acontecimiento traumático. En términos generales, el 25 por 100 de las víctimas de cualquier delito desarrolla estrés postraumático aunque se refieren tasas de hasta el 50-60 por 100 en mujeres víctimas de agresiones sexuales o de maltrato doméstico (Echeburúa y Corral, 1995; 1997)

El TEPT se ha referido en casos de excombatientes de guerra (Figley, 1978; Labbate y Snow, 1992; Bremner *et al.*, 1992), así como los pacientes que han sufrido abusos y/o agresiones sexuales (Echeburúa *et al.*, 1996a, 1996b, 1997; Farrel, Hains y Davies, 1998; Foa *et al.*, 1991; Sarasua *et al.*, 1998), catástrofes y accidentes de tráfico.

En una investigación desarrollada por Echeburúa, Corral y Amor (1998) en la que se estudiaba una población clínica, se halló que la mayor tasa de diagnósticos de TEPT se daba en las víctimas de agresiones sexuales (57,3%) y de maltrato doméstico (54,8%). En víctimas de atentados terroristas se diagnosticó TEPT en el 50% de los casos, el 33,3% en pacientes diagnosticados de una enfermedad grave y el 12,3% en sujetos accidentados de tráfico. En la tabla 2 exponemos algunos datos sobre la prevalencia del TEPT según diferentes estudios.

Tabla 2.- Prevalencia del TEPT en diferentes poblaciones

<i>Población</i>	<i>Autores</i>	<i>Tasa TEPT</i>
Víctimas de agresiones sexuales	Bownex, Ogorman y Sayer, 1990	70%
	Kilpatrick <i>et al.</i> , 1987	57%
	Echeburúa, Corral y Amor, 1998	57,3%
Excombatientes	Kinzie <i>et al.</i> , 1990	3,5%-50%
	Labbatte y Snow, 1992	25%-32%
	Card, 1987	12-16%
Refugiados de guerra	Kinzie <i>et al.</i> , 1990	54%-93%
	Kuch y Cox, 1992	47%
Víctimas de maltrato doméstico	Echeburúa, Corral y Amor, 1998	54,8%
	Zubizarreta <i>et al.</i> , 1994	51%
Víctimas de accidentes	Blanchard, Hickling, Taylor, et al., 1995	29%
	Echeburúa, Corral y Amor, 1998	12,3%
Diagnosticados/as de enfermedad grave	Echeburúa, Corral y Amor, 1998	33,3%
Afectados por desastres naturales	Kinzie <i>et al.</i> , 1990	Volcán: 0,7%-3,3%
		Tornado: 59%
Víctimas de terrorismo	Echeburúa, Corral y Amor, 1998	50%

Las técnicas empleadas en el tratamiento del TEPT han sido variadas. Los estudios sobre tratamientos farmacológicos con antidepresivos y ansiolíticos ponen de manifiesto el inconveniente de los efectos indeseados tras la retirada de los fármacos. (Risse *et al.*, 1990), y la eficacia misma de los antidepresivos (Pohl y Balon, 1992). Desde la modificación de conducta se han empleado básicamente dos tipos de terapias: basadas en la exposición a los estímulos aversivos y también técnicas para el control del estrés (De Paúl, 1995). Entre las técnicas de exposición fueron usadas la Desensibilización sistemática, la exposición en imaginación y en vivo, la inundación y la desensibilización mediante movimiento ocular (EMDR) (Eye movement Desensitization and Reprocessing) (Foa y Meadows, 1997; Shapiro, 1995).

2. MÉTODO

2.1. Sujeto

David (nombre supuesto), de veintiséis años y cuatro meses de edad, acudió a consulta por iniciativa propia. Su nivel de estudios era de segundo grado de Formación Profesional, y trabajaba en la rama de la hostelería. Vivía con su madre y tres hermanos menores que él. Presentaba sintomatología ansiosa desde hacía dos meses, a partir de un accidente de circulación. En la primera entrevista describió cómo había ocurrido el accidente: Él circulaba por el casco urbano de su ciudad, cuando una ambulancia (que en esos momentos no prestaba ningún servicio urgente) atravesó sin detenerse un cruce en el que debía ceder el paso, embistiendo el vehículo de David. El coche quedó para el desguace. El cliente recuerda la experiencia con especial dramatismo, ya que viajaba con su novia y de repente pensó que “la había perdido”. Las lesiones físicas no fueron graves, únicamente contusiones y dolor torácico, si bien no estaba descartado que tuviera alguna pequeña fisura en las costillas.

Desde el día del suceso, David había tenido dificultades para dormir y pesadillas en las que “revivía” el momento del accidente “como si fuera una película”. Esporádicamente había padecido episodios de incontinencia urinaria durante el sueño. Este era uno de los síntomas que más preocupaban a David, mostrándose avergonzado por ello. Decía sentirse también más irritable últimamente, “saltaba” fácilmente ante las contrariedades que se le presentaban, a pesar de considerarse una persona “tranquila” antes del accidente. En las ocasiones en que había tenido que volver a conducir un vehículo, le había resultado muy difícil: se ponía nervioso, presentando taquicardia, sudoración, molestia estomacal, tensión muscular. Desde que se despertaba por las mañanas estaba pensando en el accidente y en las posibles consecuencias, repitiéndose numerosas veces durante el día.

2.2. Procedimiento

Se empleó un diseño A-B, de replicación intrasujeto. La intervención se realizó mediante sesiones terapéuticas con una periodicidad

semanal durante tres meses, siendo las sesiones de una hora de duración. Las tres primeras sesiones tuvieron como objetivo la evaluación del problema y la obtención de la línea base. Las restantes constituyeron la intervención terapéutica propiamente dicha y el seguimiento post-tratamiento.

2.2.1. Evaluación

En la recogida inicial de datos, se empleó una adaptación de la *entrevista biográfica* desarrollada por Gavino (1997). La anamnesis no reveló ninguna enfermedad física ni trastornos psicológicos previos, tampoco antecedentes familiares. El desarrollo evolutivo de David había sido normal. Las relaciones familiares, sociales y laborales eran valoradas como satisfactorias. Pese a haber cambiado de ciudad de residencia a los 16 años, en su nueva población había entablado buenas amistades. La relación con su novia duraba desde hacía dos años y medio, y la definía como muy positiva.

David manifestaba que desde que tuvo el accidente se encontraba “diferente”, lo pasaba muy mal cuando tenía que conducir un vehículo, y eso era algo que necesitaba hacer diariamente para desplazarse al trabajo. Pensaba continuamente en el accidente, y en que fácilmente podían haber muerto su novia y él.

Otro instrumento de evaluación utilizado fue el autoinforme. David cumplimentó *La Escala de gravedad de síntomas del TEPT (EGS)* (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997), el *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)* (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1997), el *Cuestionario de Autoverbalizaciones Ansiosas (ASSQ)* (Kendal y Hollon, 1989), el *Listado de Pensamientos CCL* (Beck et al.) el *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)* (Beck et al., 1988) y el *Cuestionario de Personalidad MMPI* (Hathaway y McKinley, 1988).

Para completar la evaluación también se empleó la autoobservación. Pedimos al cliente que cada vez que experimentara ansiedad describiera sus pensamientos (preocupaciones), sus emociones (tristeza, ansiedad, etc.) y sus conductas. También debía valorar globalmente el grado de malestar en cada episodio. Exponemos aquí a modo de ejemplo uno de los autorregistros (Cuadro1).

Cuadro 1.- Autorregistro

Día _____

Hora	Situación	Que pensé	Que sentí	Qué hice	Grado de malestar (0-10)
10 h	Me levanto	Me acuerdo del accidente Pienso en la pesadilla, no la quiero volver a tener No quiero pensar mas en todo esto	Miedo Tristeza Desconfianza Impotencia	Nada	9
11,30	Paseando y veo una ambulancia	Pienso en el accidente Me acuerdo de la ambulancia Ese conductor podría cometer otra imprudencia Pienso en _____(novia) y lo mucho que la quiero.	Miedo Tristeza Preocupación Tensión	Fumar	9
12 h	En el fisioterapeuta	Me acuerdo del accidente Pienso en el conductor de la ambulancia y cómo se debe encontrar, si se acuerda de lo sucedido Por el accidente no me encuentro bien	Tensión Rabia Impotencia	Nada	9
18h	Merendando en el trabajo	Las cosas hubieran marchado mejor sin el accidente Pienso que podíamos haber muerto los dos	Nervios Tensión Miedo	Seguir pensando	8
21,30	Conduzco volviendo del trabajo Un coche adelanta imprudentemente	Pienso que la gente conduce sin cuidado Pienso que si hubiéramos pasado unos minutos antes esto no habría ocurrido Me acuerdo del accidente Pienso que podría pasar de nuevo.	Miedo Tensión Sudores Preocupación	Seguir conduciendo. Nada	9
4,30	Tengo la pesadilla y me orino en la cama	Pienso en esa maldita pesadilla, tan realista, es algo que no me merezco. No quisiera volver a tener la pesadilla	Miedo Tensión Sudores Impotencia	Levantarme y darme una ducha	10

Mediante los autorregistros se observó que solían aparecer respuestas desadaptativas con mayor frecuencia cuando David debía conducir o tenía que realizar actividades relacionadas con el accidente, por ejemplo acudir al fisioterapeuta, al abogado o al médico, etc.

Los resultados de la evaluación indicaron niveles altos de ansiedad coincidentes en varias de las pruebas aplicadas (Véase la Tabla 3). En la escala específica para la valoración de la gravedad del TEPT, se obtuvo una puntuación superior al punto de corte. En cuanto a sintomatología depresiva la puntuación no era de consideración. En base al DSM-IV, se determinó que el cliente cumplía los criterios para el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático agudo.

2.2.2. Análisis Funcional

El TEPT de David se originó por una situación aversiva/amenazante que tuvo lugar en el contexto de la conducción. Como resultado de dicha experiencia se condicionó una respuesta intensa de ansiedad y de evitación, así como los *flashbacks* característicos tras un evento traumático.

Los estímulos antecedentes en la actualidad son todos aquellos asociados de algún modo al accidente, y que son capaces de evocarlos: Se trata de *estímulos auditivos* como las sirenas, *visuales*: coches y ambulancias, la luz de alarma, *lugares* como las intersecciones y especialmente el cruce donde sucedió el accidente; y *actividades* como la conducción.

Las respuestas provocadas eran de tipo fisiológico: Ansiedad elevada (taquicardia/palpitaciones, sudoración, sensación de ahogo, rigidez muscular, mareo), dificultades en el sueño (insomnio inicial, pesadillas), incontinencia urinaria durante el sueño y Respuestas de evitación de dichos estímulos: Evitación del lugar del accidente, de la conducción salvo en casos imprescindibles. Los estímulos consecuentes eran el cese de la ansiedad tras las conductas de evitación y/o escape. Las variables mediadoras en la actualidad eran las creencias de incontrolabilidad e indefensión.

Alguna de las conductas señaladas se mantienen por reforzamiento negativo, debido al cese de la ansiedad cuando se dan las conductas de evitación. Otras, como el lugar del accidente, las ambulancias y

otros estímulos elicidores (sirena, luces...) constituyen estímulos condicionados (EC) al accidente (EI), que se asociaron por condicionamiento clásico, siendo en la actualidad suficientes para desencadenar las respuestas de ansiedad (RC) sin la presencia del estímulo amenazante real. El condicionamiento se había generalizado también a otros estímulos que no eran inicialmente ECs, dándose también un aprendizaje de evitación al ser reforzadas negativamente las conductas de evitación/escape por el cese de la ansiedad. (Por ejemplo, para sufrir los síntomas ansiosos no debía ser necesariamente el paciente quien condujera el vehículo: también experimentaba malestar cuando viajaba en un coche conducido por otros, observaba a algún familiar conduciendo, veía accidentes por televisión o era testigo de alguna infracción o imprudencia cometida por otros conductores).

Una vez realizada la evaluación inicial del cuadro y elaborada la línea base, se inició el tratamiento propiamente dicho.

2.2.3. Tratamiento

Objetivos terapéuticos:

- Recuperar la habilidad para conducir un coche sin experimentar ansiedad, tanto en carretera como en el casco urbano.
- Circular por el lugar del accidente sin experimentar ansiedad.
- Cese de las respuestas de ansiedad ante estímulos auditivos como sirenas, y por la visión de ambulancias.
- Control de los pensamientos recurrentes referidos al accidente.
- Aumentar la cantidad y calidad del descanso de David por la noche.

a) Fase educativa

Se dialogó con el paciente sobre el análisis funcional del caso, describiendo el modelo del condicionamiento clásico como hipótesis explicativas de las respuestas de ansiedad y alarma ante estímulos no amenazantes. Se restó importancia al hecho de las micciones nocturnas esporádicas y a las pesadillas, informando al cliente de que constituían reacciones normales ante un eventual acontecimiento traumático como es un accidente de tráfico. David se sintió más tranquilo al saber que no le ocurría sólo a él, que a otras personas

también les había ocurrido algo similar tras un suceso traumático. El paciente planteaba que su novia, que también viajaba en el coche no parecía "haberle afectado" el accidente igual que a él. Se le explicó que el malestar tras un evento depende no sólo del carácter grave del mismo, sino de la vivencia de amenaza experimentada por cada sujeto.

Explicamos también a David el plan previsto para el tratamiento, insistiendo en la motivación hacia el cambio, y asegurándonos su comprensión de todos los términos del mismo.

b) Fase de aplicación

Desensibilización sistemática: El cliente elaboró, con la ayuda del terapeuta, una jerarquía de escenas relativas a las situaciones en que se daban respuestas de ansiedad. Se entrenó al cliente en la práctica de la relajación progresiva, siguiendo el procedimiento de dieciséis grupos musculares. Una vez que David ya dominaba la técnica de relajación progresiva, para lo que se dedicaron dos sesiones, se evaluó la habilidad por parte del paciente para imaginar escenas vívidas. Se simplificó el método de relajación a cuatro grandes grupos musculares y práctica de respiración profunda. Cuando el paciente alcanzaba un grado óptimo de relajación, el terapeuta procedía a describir el correspondiente ítem de la jerarquía. El paciente valoraba el grado de ansiedad generado en cada escena, según una escala de cero a diez puntos.

En los últimos ítems de la jerarquía se incluyeron escenas en vivo que fueron practicadas por el paciente como tarea entre sesiones. Se le instruyó para que practicara la respiración profunda y el procedimiento abreviado de relajación, y que se expusiera a los estímulos o actividades descritas en la jerarquía (Por ejemplo, pasar con su coche por el lugar del accidente, acercarse a una ambulancia aparcada, etc.)

Detención del pensamiento: Uno de los objetivos del tratamiento era controlar los pensamientos intrusivos y recurrentes referidos al accidente, que resultaban incontrolables para el cliente, interfiriéndole en el desempeño de sus actividades normales, y que le ocasionaba un notable malestar psicológico. En primer lugar, se procedió a identificar dichos pensamientos, resultando ser del tipo:

“Faltó muy poco para habernos matado ese día”

“Por qué el otro conductor tuvo que saltarse la señal”

“Por qué nos ha pasado esto a nosotros, si no teníamos ninguna culpa”

“Si no hubiéramos tenido el accidente, nos habríamos comprado ya un piso”

“¿Qué pasaría si nos volviera a ocurrir?”

Cuadro 2.- Jerarquía de ítems para la DS

1. Ver en la calle un coche modelo _____ (igual al que tenía cuando ocurrió el accidente).
2. Ver a _____ (su hermano) conduciendo una motocicleta.
3. Despertar después de tener la pesadilla en que se revive el accidente.
4. Viajar en coche que conduce un familiar o amigo.
5. Conducir él solo por la carretera.
6. Conducir por la carretera y ver una ambulancia que te adelanta
7. Conducir por la carretera y cruzarse con una ambulancia de frente
8. Conducir él sólo por el casco urbano.
9. Conducir por el casco urbano, y detenerse en un cruce para que pase una ambulancia.
10. Viajar en coche cuando conduce _____ (su novia).
11. Detener el coche en un cruce donde tengo que ceder el paso.
12. Detener el coche en un cruce donde tengo preferencia.
13. Ir conduciendo y escuchar una sirena de ambulancia o de la policía.
14. Ver por la televisión las imágenes de algún accidente de tráfico.
15. Observar cómo alguien comete una infracción de tráfico.
16. Acercarse a una ambulancia aparcada (en vivo)
17. Conducir el coche cerca del lugar del accidente.
18. Pasar con el coche por el mismo cruce donde ocurrió el accidente.
19. Conducir el coche cerca del lugar del accidente (en vivo)
20. Pasar con el coche por el mismo cruce donde ocurrió el accidente (en vivo)

Se entrenó a David en la técnica de detención o parada del pensamiento, por la que se asocia una instrucción precisa y rotunda al cese de la cadena de pensamientos, elicitando a continuación escenas o pensamientos neutros. Practicamos durante una sesión, siendo el terapeuta quien daba la instrucción de “¡Stop!” acompañada de un golpe o sonido intenso, pasando posteriormente a ser el cliente quien realizaba la autoinstrucción.

Reestructuración cognitiva: Discutimos con el paciente acerca de la exactitud de sus creencias relativas a futuros riesgos en la conducción. David sobreestimaba la probabilidad de nuevos accidentes, o de la imprudencia del resto de conductores. (Recordemos que en este caso el que el origen del accidente había sido la negligencia del otro conductor, lo cual favorecía la aparición de pensamientos de indefensión). La reestructuración cognitiva, como afirma Taylor y Koch (1995), contribuye a reevaluar los estímulos relacionados con la circulación como menos amenazantes de lo que en realidad se perciben.

Prevención de recaídas: Se informó a David sobre la posibilidad de que experimentara algún empeoramiento temporal de los síntomas. Le explicamos que era posible que en el futuro se dieran situaciones que evocaran nuevamente el accidente, como el próximo juicio en el que se dirimiría legalmente el caso, y que ese "empeoramiento" no debía interpretarlo como un paso atrás, sino como parte del proceso mismo. Se insistió en la idea de que si bien el accidente era algo que probablemente recordaría siempre, quedaría como un recuerdo más bien anecdótico que no debía interferir con sus actividades habituales.

2.2.4. Seguimiento

Se realizaron sesiones de seguimiento una vez concluido el tratamiento, un mes después, a los tres y a los doce meses. Las puntuaciones en las escalas aplicadas en el seguimiento se reflejan en la Tabla 3, resultando coincidentes con la valoración personal del paciente, que manifestaba haber superado el problema y no experimentar en esos momentos malestar alguno durante la conducción. Reconocía, eso sí, que extremaba la prudencia más que antes de sufrir el accidente.

3. RESULTADOS

Los objetivos terapéuticos planteados al inicio del tratamiento se alcanzaron tanto desde el punto de vista objetivo (tal y como se desprende de los resultados de las medidas pretest-postest del diseño

A-B) como subjetivo, ya que el paciente declaraba encontrarse mucho mejor, mostrándose satisfecho con los resultados.

A la finalización del tratamiento, la puntuación obtenida por el cliente en la escala EGS, prueba específica para la evaluación del TEPT, descendió por debajo del punto de corte tanto en la escala global como en las distintas subescalas. Este dato confirmaría la remisión de los síntomas de TEPT. Asimismo, la valoración en los niveles generales de ansiedad disminuyeron notablemente. En el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) la puntuación total a la finalización del tratamiento disminuye del centil 60 al 10. La subescala de respuestas cognitivas, en la que más habían destacado las respuestas del cliente descendió del centil 70 al 5. La otra medida general de ansiedad que se evaluó, mediante el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) varía de la puntuación directa de 37 a 10. El componente cognitivo, que en este caso tenía un importante papel en la cadena de preocupaciones, había sufrido variaciones importantes: Si bien el recuerdo del evento continuaba siendo habitual (lo cual puede ser comprensible dado su impacto sobre el cliente y el carácter inusual del mismo) había perdido el carácter tan marcadamente negativo, pasando a ser evaluado de manera más neutra, y perdiendo su carácter elicitor de estados de ánimo negativos. Los síntomas de mayor preocupación para el paciente (pesadillas e incontinencia urinaria) habían remitido igualmente en el seguimiento.

Como se aprecia en la Figura 1, disminuyeron notablemente los episodios de preocupación, así como el grado de malestar suscitado. En la Figura se expresan la media diaria (por semanas) de episodios de preocupación, y la media de la valoración que el paciente realiza del malestar experimentado en dichos episodios.

La capacidad de David para la conducción de vehículos se recobró con total normalidad, pudiendo realizar trayectos de larga distancia sin experimentar ningún malestar. Le sugerimos al cliente que procurara conducir otros vehículos que no fueran el suyo, a fin de generalizar la conducción a otras situaciones similares. (No obstante, el vehículo de David no era el mismo con el que sufrió el accidente, ya que tuvo que adquirir otro nuevo). Según informó el paciente, no tuvo dificultades por el hecho de conducir otros coches distintos del suyo.

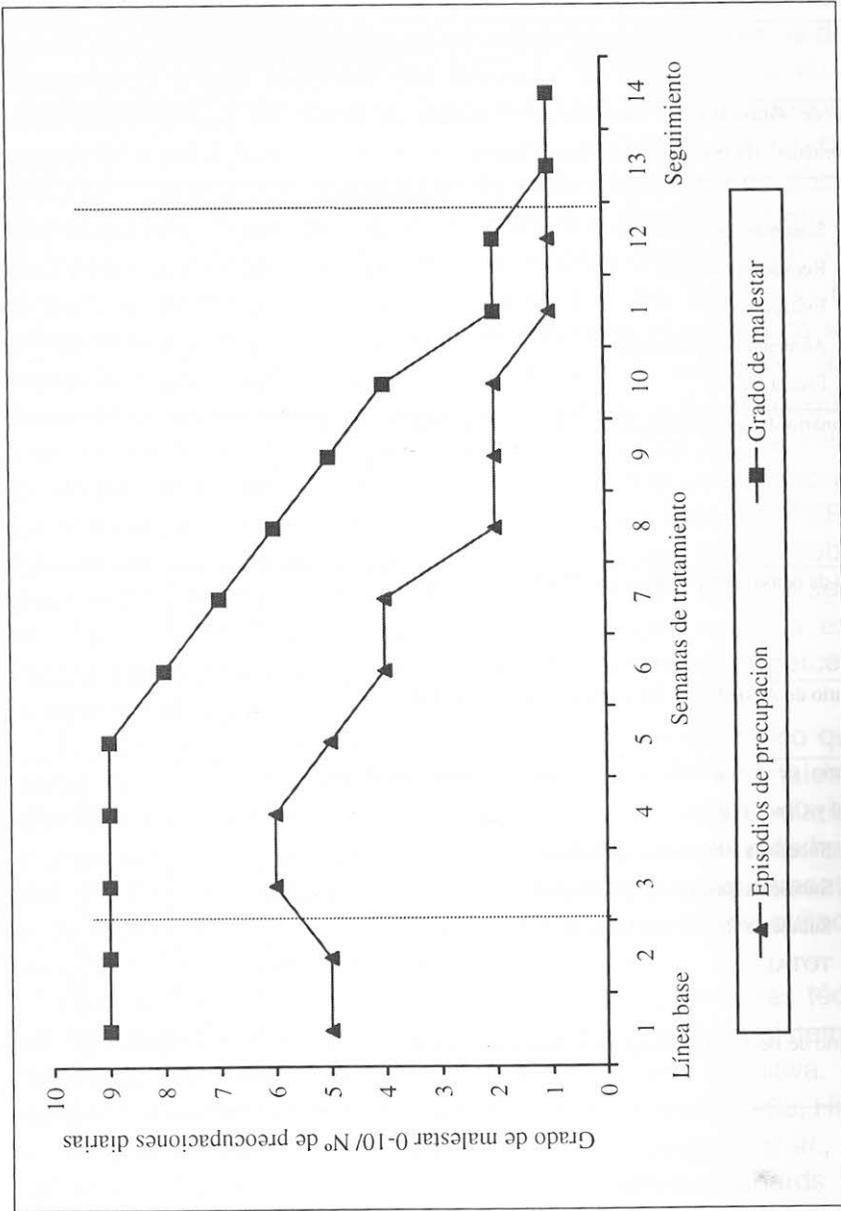


Figura 1

Tabla 3.- Resultados

Prueba		Pretest	Postest	12 meses
Escala de Gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático. (EGS) (Echeburúa, <i>et al.</i> , 1997)				
	Punto de corte			
Síntomas de activación	4	14	3	3
Reexperimentación	5	10	4	4
Evitación	6	6	2	2
Aumento de la activación	4	14	5	4
Escala Global	15	30	11	9
Cuestionario de autoverbalizaciones Ansiosas (Kendall y Hollon, 1989)				
ASSQ		70	36	32
Listado de pensamientos (Beck <i>et al.</i> 1987)				
CCL		20	8	8
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck <i>et al.</i> 1988)				
		37	10	11
Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (Miguel y Cano, 1997)				
Subescala Respuestas cognitivas		70	5	5
Subescala Respuestas Fisiológicas		35	5	5
Subescala Respuestas Motoras		60	35	30
TOTAL		60	10	10
Inventario de Beck para la Depresión (Beck <i>et al.</i> , 1979)				
		10	5	4

4. DISCUSIÓN

La inclusión del TEPT en los sistemas clasificatorios de psicopatología ha sido controvertida desde el inicio. Ello se ha debido sobre todo a dos razones: por un lado, la dificultad de aislar la sintomatología, y de diferenciar por tanto los criterios diagnósticos respecto a otros trastornos ya incluidos en el DSM. La comorbilidad del TEPT es alta con cuadros de depresión, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo (Echeburúa y Corral, 1997). Algunos autores (Brady, 1997; Pérez, Graell, y Pérez, 1993) han criticado que los únicos criterios diagnósticos que no se solapan a los de otros diagnósticos son la existencia del propio suceso traumático y la aparición de los fenómenos de reexperimentación. La segunda razón tiene que ver con la determinación del potencial traumático de los acontecimientos que desencadenan el trastorno. Se ha discutido sobre las características del suceso estresante que dan lugar al TEPT: la intensidad, las características cualitativas o la percepción subjetiva del evento (Davidson y Foa, 1991; De Paúl, 1995). En este sentido, el criterio A del DSM-IV incluyó ambas condiciones: La experimentación (u observación) del hecho amenazante y la percepción subjetiva de gran amenaza.

El TEPT es menos frecuente en accidentados de tráfico que en otros tipos de víctimas. No obstante, el grado de malestar e interferencia en el normal desempeño de actividades diarias es significativo. En el caso presentado se observa el perfil más habitual del TEPT en accidentados de tráfico: síntomas de reexperimentación y de hiperactivación, y en menor medida síntomas de evitación y embotamiento afectivo (Blanchard *et al.*, 1994)

Para el tratamiento de este caso se combinaron varias técnicas de tipo cognitivo-conductual, como la desensibilización sistemática, detención del pensamiento y la reestructuración cognitiva. Otros estudios recurren al mismo tipo de técnicas (Blonstein, 1988; Hickling y Blanchard, 1997; Horton, 1993; Pérez San Gregorio *et al.*, 1994) refiriendo resultados favorables en el tratamiento. Richards *et al.*, 1994 (Citado en Shalev, Bonne y Eth, 1996) compararon la eficacia de la exposición en imaginación y en vivo, hallando mejoras similares

en ambos protocolos de intervención. Para la evitación fóbica se obtuvieron mejores resultados empleando exposición en vivo. La técnica de la desensibilización sistemática empleada como tratamiento único está indicada cuando el origen del TEPT es un evento simple (violación, accidente, etc) vs. eventos complejos (guerras, tortura, cautividad...) En cualquier caso, la inclusión de estrategias cognitivas ha sido descrito como un complemento a las técnicas de exposición que inciden sobre los síntomas basados en la percepción subjetiva del acontecimiento traumático: miedo a morir, preocupación por posibles secuelas, y pensamientos de indefensión.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association** (1980): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ª edición) (DSM-III), Barcelona, Masson.
- American Psychiatric Association** (1994): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª edición) (DSM-IV), Barcelona, Masson.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G.** (1979): *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A., Brown, G., Eidelson, J.I., Steer, R.A. y Riskind, J.H.** (1987): Differentiating anxiety and Depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 179-183.
- Beck, A., Brown, G., Epstein, N y Steer, R.A.** (1988): An Inventory for Measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Blonstein, C.H.** (1988): Treatment of automobili driving phobia trough imaginal and in vivo exposures plus response prevention. *The Behavior Therapist*, 11, 70-86
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Taylor, A. E., Forneris, C. A.** (1995): Effects of varying scoring rules of the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) for the diagnosis of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 471-475.
- Blanchard, E. B., Hickling, E.J., Taylor, A. E., Loos, W. R. y Gerardi, R. J.** (1994): Psychological morbidity associated with m motor vehicle accidents. *Behavior Research and Therapy*, 32, 283-290.
- Brady, D.T.** (1997): Posttraumatic stress disorder and comorbidity: Recognizing the many faces of PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58,9, 12-15.

- Bremner, J.D., Southwick, S.M., Johnson, D.R., Yehuda, R. y Charney, D.S.** (1993): Childhood physical abuse and combat-related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 150, 235-239.
- Card, J.J.** (1987): Epidemiology of PTSD in a national cohort of Vietnam veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 6-16.
- Davidson, J.R.T.** (1997): Biological therapies for posttraumatic stress disorder: An overview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57,9,29-32
- Davidson, J.R.T. y Foa, E.B.** (1991): Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerationis for the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 346-355.
- De Paúl, J.** (1995): Trastorno por estrés postraumático. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carroble (dirs.): *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos.(Vol.1)*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E.** (1993): *Ansiedad crónica: Evaluación y tratamiento*. Salamanca: Eudema.
- Echeburúa, E. y Corral, P.** (1995): Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos, (Eds.) *Manual de psicopatología. (Vol.2)* Madrid: McGraw-Hill.
- Echeburúa, E. y Corral, P.** (1997): Avances en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*, 3, 2-3, 249-264.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B.** (1997): Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I.** (1996a): Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 627-654.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I.** (1996b): Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: an experimental study. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 185-199.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B.** (1997): Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification*, 21, 433-456.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J.** (1998): Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 96, 527-551.
- Farrel, S.P., Hains, A.A. y Davies, W.H.** (1998): Cognitive behavioral interventions for sexually abused children exhibiting PTSD symptomatology. *Behavior Therapy*, 29,241-255.

- Figley, C.R.** (1978): Symptoms of delayed combat stress among a college sample of Vietnam veterans. *Military Medicine*, 143, 107-110.
- Foa, E.B., Olasov, B., Riggs, D.S. y Murdock, T.B.** (1991): Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 715-723.
- Foa, E.B., y Meadows, E.A.** (1997): Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Reviews of Psychology*, 48, 449-480
- Gavino, A.** (1997): *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual*. Madrid: Pirámide.
- Hathaway, S.R. y McKinley, J.C.** (1988): *Cuestionario de Personalidad MMPI*. (Orig. 1967) Madrid: TEA Ediciones.
- Hickling, E.J. y Blanchard, E.B.** (1997): The private practice psychologist and manual-based treatments: Post-traumatic stress disorder secondary to motor vehicle accidents. *Behavior Research and Therapy*, 35, 3, 191-203.
- Horton, A.M.** (1993): Posttraumatic stress disorder and mild head trauma. Follow-up of a case study. *Perceptual and Motor Skills*, 76, 243-246.
- Kendall, P.C. y Hollon, S.D.** (1989): Anxious self-talk: Development of the anxious self-statement questionnaire. *Cognitive therapy and research*, 13, 81-93.
- Kinzie, J. D., Boehnlein, J. K., Leung, P. K., Moore, L. J., Riley, C. y Smith, D.** (1990): The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance among southeast asian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 147, 913-917.
- Labbate, L.A. y Snow, M.P.** (1992): Posttraumatic stress symptoms among soldiers exposed to combat in the Persian Gulf. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 831-833.
- March, J.S., Amaya-Jackson, L., Murray, M.C. y Schulte, A.** (1998): Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder after a single-incident stressor. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37,6,585-592.
- Miguel Tobal, J.J. y Cano Videl, A.R.** (1997): *ISRA: Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad*. (1ª ed. 1986). Madrid: TEA.
- Pérez San Gregorio, M.A., Borda, M., Martín, A., Catalina, L., Sánchez, E. y Blanco, A.** (1994): Intervención terapéutica en el trastorno por estrés postraumático: un análisis temático. *Psicologemas*, 8, 15, 25-40.
- Perez, J.P., Graell, M. y Perez, P.** (1993): Trastorno por estrés postraumático, evolución y validez nosológica de los criterios diagnósticos. *Archivos de neurobiología*, 56, 5, 284-289.

- Peterson y Seligman** (1983): Learned helplessness and victimization. *Journal of social Issues*, 1, 103-116.
- Pohl, R. y Balon, R.** (1992); Antidepressants, panic disorder, and PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 149, 931-935.
- Risse, S. C., Whitters, A., Burke, J. y Chen, S.** (1990): Severe withdrawal symptoms after discontinuation of alprazolam in eight patients with combat-induced posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 206-209.
- Sarasua, B., Echeburúa, E. Zubizarreta, I. y De Corral, P.** (1998): Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático agudo en una víctima de acoso sexual en el trabajo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 97, 657-679.
- Shalev, A.Y., Bonne, O. y Eth, S.** (1996): Treatment of posttraumatic stress disorder: A review. *Psychosomatic Medicine*, 58, 165-182.
- Shapiro, F.** (1995): *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York: Guilford.
- Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., Corral, P., Sauca, D. y Emparanza, I.** (1994): Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa (Ed.) *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.