
**RECONCEPTUALIZAR LA PSICOLOGÍA DEL TRAUMA DESDE
LOS RECURSOS POSITIVOS: UNA VISIÓN ALTERNATIVA.**

Pau Pérez Sales

INDICE

Introducción.....	3
Modelos conceptuales en la comprensión de los síntomas post-traumáticos.....	4
Transmisión transgeneracional de hechos traumáticos.....	8
¿De qué elementos depende que aparezcan síntomas traumáticos?. Factores predisponentes y precipitantes.....	9
¿De qué elementos depende que los síntomas traumáticos no desaparezcan poco a poco con el tiempo? : Factores perpetuadores.....	9
¿Cuáles son los elementos que favorecen la superación espontánea de los hechos traumáticos? : Elementos de resistencia.....	11
¿Cómo actúa la personalidad resistente?.....	11
¿Puede aprenderse a ser resistente?.....	12
¿Es posible aprender (y enseñar a aprender) de las experiencias traumáticas? : Elementos de resiliencia.....	13
Terapéutica de los Síntomas Post-traumáticos.....	14
1. Dotar de significado a la experiencia: el valor del testimonio.....	14
2. Las formas sociales de mitigación del daño.....	14
3. Restablecer los vínculos.....	15
4. Tratamiento psicológico individual de síntomas.....	15
a) Elementos generales de la entrevista.....	15
b) Técnicas específicas.....	17
5. Otros tratamientos psicoterápicos.....	17
Resumen y conclusiones.....	19
Anexo 1. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SEGÚN EL DSM-IV.....	20
Anexo 2. Guía de Aconsejamiento y Escucha Activa para promotores de salud.....	20
Anexo 3 _MODELO DE TERAPIA COGNITIVO – CONDUCTUAL DE LOS SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	24
Anexo 4. EMD/R.....	26
Anexo 5. Modelo Narrativo – Construccionalista.....	28
Anexo 6. Protocolo Clínico de Exposición con Prevención de Respuesta para Trastorno por Estrés Post-Traumático.....	¡Error! Marcador no definido.
BIBLIOGRAFIA.....	¡Error! Marcador no definido.

Introducción.

Suele definirse un hecho traumático como aquella experiencia humana extrema que constituye una amenaza grave para la integridad física o psicológica de una persona y ante la que la persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos.^a Tras haber experimentado, presenciado o escuchado un hecho de este tipo pueden aparecer una serie de síntomas que escapan al control del superviviente y que le crean un profundo sufrimiento psicológico.

Entre los hechos más comunes está el sufrir un estado elevado de ansiedad, con irritabilidad, predisposición a dar respuestas de alarma por motivos menores, pesadillas, imágenes invasivas que aparecen repetidamente en la conciencia y provocan una gran angustia, sensaciones de extrañeza e irrealidad, percibir una barrera emocional que separa a la persona del mundo, tristeza, desesperanza, vivencias de culpa por no haber sabido evitar el peligro o por haber sobrevivido etc. Este tipo de síntomas son extraordinariamente frecuentes y en diversos estudios epidemiológicos, cerca de la mitad de las personas que han experimentado un hecho traumático severo (accidente de tráfico, detención, tortura, agresión sexual, catástrofe natural, testigo de atrocidades...) sufren uno o más de ellos.

Estos síntomas son respuestas naturales del cuerpo humano ante una agresión de extraordinaria importancia, y son intentos por recuperar la homeostasis, del mismo modo en que la fiebre, la tos o las agujetas constituyen manifestaciones dolorosas de los intentos de recuperación del equilibrio del cuerpo humano ante diferentes noxas. Hay, por tanto, una cierta base biológica para este tipo de respuestas que hace que aparezcan síntomas relativamente similares en casi todas las culturas y contextos.

La psiquiatría euroamericana ha agrupado, por consenso de especialistas, a algunos de éstos síntomas y ha pasado a considerarlos una enfermedad a la que ha denominado *Trastorno de Estrés Post-traumático* (ver anexo 1). Se trata, sin duda, de una aportación valiosa a la comprensión de los síntomas psicológicos post-traumáticos, aunque presenta numerosas debilidades conceptuales entre las que cabe destacar:

1. No existe una base etiológica ni fisiopatológica común para los síntomas agrupados. A diferencia de otras enfermedades definidas como agrupaciones de síntomas por consenso (como por ejemplo el Lupus Eritematoso o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) se carece de un modelo explicativo que de coherencia a esta agrupación como una entidad unitaria, más allá de los estudios psicométricos (en gran medida tautológicos).

^a Hasta el DSM-III-R se solía definir *trauma* como aquella experiencia que va más allá del rango de las experiencias usuales. Pero este concepto es relativo y dependiente tanto del medio y las circunstancias como de la propia percepción que haga la persona del hecho. Así, para algunas personas el simple hecho de ser reprendido severamente en público puede constituir un hecho traumático, mientras que para otras personas víctimas de atrocidades pueden percibir éstas como parte de la realidad en que viven y no impactarles como hecho traumático. Por eso en el DSM-IV se optó por la definición actual.

2. Los **estudios epidemiológicos transversales**¹ (en población USA) muestran que:

2.a. La exposición a hechos traumáticos en población norteamericana es un hecho frecuente. Según el National Comorbidity Study norteamericano² la prevalencia-vida para hechos traumáticos en población USA es del 51.2% para mujeres y 60.7% para hombres^b.

2.b. Hay un porcentaje muy variable de población general norteamericana que cumpliría criterios diagnósticos de Estrés Post-traumático. Según la misma encuesta se estima la prevalencia-vida de TEPT en población USA en el 7.8%. En el estudio epidemiológico de Breslau³ et al (1991) se encuentran tasas similares en población general: 6% en hombres y 11% en mujeres^c. Frente a esto, en cambio, el estudio de Helzer (1987) con criterios DSM-III da una prevalencia del 1% en población general⁴.

La moda creada alrededor de este diagnóstico, la explosión de libros de autoayuda, de centros específicos de tratamiento y la magnificación de la influencia de ciertos hechos vitales sobre la salud mental de la persona y su adaptación al medio, hacen pensar que pueda considerarse al *Síndrome de Estrés Posttraumático* como una enfermedad ligada a la cultura (*Culture-Bound syndrome*) euroamericana.

3. Los **estudios epidemiológicos longitudinales** muestran:

3.a. La mayoría de casos de *Estrés Post-Traumático* se resuelven por sí solos entre el primer y el cuarto mes (por ejemplo Foa⁵ et al (1995), Rothbaum⁶ et al (1992)). Solomon y Green^d (1992) consideran que en desastres naturales la mayoría de síntomas han desaparecido espontáneamente a los 16 meses, cosa que no ocurriría cuando hay una amenaza vital extrema o una destrucción y duelo masivos.

Así, frente al modelo biomédico, que hace énfasis en los aspectos negativos de la respuesta humana y que interpreta los *síntomas* como modos de enfermar, cabe una conceptualización alternativa basada en el hecho de que las cifras de prevalencia del *trastorno* disminuyan rápidamente de manera espontánea a medida que pasan las primeras semanas tras el hecho traumático. Se apoyaría la idea de que la mayoría de estos síntomas constituyen una adaptación normal del cuerpo humano ante una agresión externa y que su medicalización, en estas primeras fases, es un error.

3.b. Existiría un grupo variable de personas en que los síntomas se cronificarían. En este subgrupo –cuya real incidencia es baja en la mayoría de estudios y elevada (hasta del 25%) en algunos- los síntomas podrían permanecer inalterados largo tiempo después del hecho traumático, siendo invalidantes. Así, por ejemplo, en un estudio longitudinal con Veteranos del Vietnam (el grupo de población para el que se reivindican unas mayores

^b El 9.2% de las mujeres refieren una historia de violación, 12.3% haber sido molestados en la infancia, 15.2% haber estado en un fuego, 35.6% ser testigos de hechos violentos, 25% haber estado en algún accidente de tráfico en que su vida estaba en peligro.

^c Esto contrasta con los datos del estudio ECA en población general (Helzer y col., 1987). Se halló que la prevalencia a lo largo de la vida del TEPT era del 1%, siendo del 0,5% en los hombres y del 1,3% en mujeres.

^d Solomon SD & Green BL. Mental health effects of natural and human made disasters. PTSD Quarterly (1992). 3:1-7

cifras de *cronicidad*), el 31% de tenían criterios de TEPT al ser incluidos en estudio. Reestudiados 20 años después, la mitad (15%) seguirían teniéndolos aún (Frueh⁷ et al, 1994). En un estudio de Green y cols con supervivientes de una inundación en Buffalo Creek (USA), el 28% de los 120 sobrevivientes seguirían cumpliendo criterios de TEPT a los 14 años de la catástrofe⁸.

Cabría además reflexionar aquí si los efectos a largo término de las situaciones traumáticas pueden clasificarse como TEPT. Danielli⁹ habla de “TEPT enmascarado” para describir los casos de supervivientes del Holocausto que nunca en la vida llegaron a superar lo vivido, pese a una aparente normalidad. Los suicidios de Bruno Bettelheim o Primo Levi serían paradigmáticos de esta situación. La enorme complejidad de las razones que llevaron finalmente a estas personas a un desenlace crítico tras muchos años dudosamente pueden recogerse dentro del epígrafe de estrés postraumático.

3.c.. Un tema básico al que apuntan algunos estudios, pero no suficientemente establecido es el hecho de que la respuesta inicial a los hechos traumáticos sea predictiva del ajuste futuro de la persona. Es decir, ¿tiene sentido un despistaje de casos graves en el inmediato postrauma porque tenemos una base sólida para pensar que puedan desarrollar secuelas a largo término?.

3.d. Algunos estudios sugieren que hay casos en algunos síntomas aumentan paradójicamente con el tiempo. Así, Roca¹⁰ (1992) –replicado por Pérez-Jimenez¹¹ et al- encuentra en grandes quemados que en el primer momento hay un 7% de casos de TEPT mientras, que a los 4 meses la cifra ha aumentado al 22%. No hay datos de seguimientos posteriores. Parece que se trata de la aparición de síntomas de anestesia emocional y de actitudes de evitación que se añaden a los síntomas intrusivos que aparecen por el contrario desde el primer momento.

A estas cifras, algunas de ellas aparentemente tan alarmantes, de los estudios especialmente norteamericanos y especialmente con veteranos, cabe alegar lo que a buena parte de la epidemiología psiquiátrica contemporánea basada en el uso de entrevistas estructuradas y criterios cerrados con, en ocasiones, procesado informatizado de resultados: *cumplir criterios diagnósticos no equivale ni a necesidad percibida de tratamiento médico ni a percepción clínica de necesidad del mismo*.

En este sentido resulta ilustrador reflexionar sobre un original trabajo¹² en el que se investiga en población comunitaria del Líbano qué pasaría si a los criterios DSM-IV de TEPT se le añadieran criterios temporales. Encuentran, por ejemplo, que la prevalencia comunitaria de TEPT disminuiría a la mitad sólo con que se exigiera que los síntomas *diagnósticos* aparecieran dos veces a la semana.

3.d. Los estudios muestran, así mismo, que el TEPT es uno de los trastornos con mayor comorbilidad de los contemplados en el DSM-IV¹³. En estudios con veteranos del Vietnam el 75% de casos tienen algún diagnóstico comórbido. En ésta población, se trata de depresión y abuso de sustancias. En población de no-veteranos se llega a hablar del 50% de depresión o el 27% de Trastorno Obsesivo Compulsivo por ejemplo. Entre las razones alegadas por diferentes autores para este hecho está el solapamiento entre síntomas y criterios diagnósticos, la existencia de factores genéticos comunes, o el hecho de que los otros diagnósticos puedan surgir como consecuencia del TEPT.

Tal vez una explicación más sencilla y plausible es que el denominado TEPT es *solo una de las respuestas posibles* al trauma, que son igualmente importantes la ansiedad, la depresión y los duelos no resueltos, los síntomas somáticos, los problemas de relación interpersonal y sus consecuencias de retroalimentación de síntomas, el uso excesivo de servicios médicos etc. El TEPT como enfermedad psiquiátrica sería un concepto excesivamente estrecho como para ser el objeto central y resumen de la clínica de los sobrevivientes de hechos traumáticos.

Modelos conceptuales en la comprensión de los síntomas post-traumáticos.

La aceptación de la enfermedad post-traumática por parte de la psiquiatría euroamericana ha impulsado las investigaciones desde las diferentes corrientes de la psicología y la psiquiatría sobre este tipo de síntomas. En la actualidad existen al menos 4 grandes líneas de trabajo en la literatura sobre el tema. Todos ellos tienen en común el haber trabajado con víctimas femeninas de violación sexual, no existiendo prácticamente investigaciones controladas con otros grupos de población –incluyendo las situaciones de violencia política y/o catástrofes- más allá de trabajos generales de tipo epidemiológico.

a) Aquellos autores que han enfatizado los **fundamentos biológicos** de la exposición a hechos traumáticos (Van der Kolk¹⁵, Ursano R.J. (1994)¹⁴). Entre los modelos postulados en la literatura está¹⁵:

- *Shock inescapable* : a partir de los trabajos experimentales de Seligman con perros. Tras recibir choques inescapables, éstos se sumían en un estado de depresión y apatía profundos en los que había: (a) Imposibilidad para escapar a nuevas situaciones estresantes, (b) Disminución de la motivación para aprender nuevas respuestas que pudieran llevar a una escapatoria. (c) Disminución de la motivación para desarrollar conductas que significaran un refuerzo. (d) Disminución de las conductas de exploración. (e) Evidencias biológicas de un estrés. (f) Disminución de los mecanismos de inmunosupresión y aumento de la tumorigénesis.

La respuesta ante la situación de *shock inescapable* es [1] un aumento en la producción y utilización de catecolaminas. Esta reacción queda condicionada, y ante pequeños estímulos estresantes se produce una respuesta exagerada con una rápida deplección central y un rápido aumento periférico. [2] Disregulación/hiperactividad subsecuente del Locus Ceruleus. La consecuencia son respuestas de hiperactividad exageradas. Los clásicos síntomas difásicos del TEPT podrían resultar de la fluctuación de los niveles de catecolaminas. La deplección repetida de catecolaminas podría contribuir a los síntomas de evitación y anestesia afectiva, que suele acompañarse de síntomas depresivos. Puede tener también un papel en el deterioro general de la memoria que se observa en personas crónicamente traumatizadas.

- *Modelo del aislamiento forzado*. Cuando a los animales se les mantiene en un aislamiento prolongado aparecen conductas agresivas y déficits conductuales que en muchos aspectos son parecidos a los del shock inescapable. En algunos casos pueden llegar a producirse conductas de automutilación. Estas no son raras en los animales salvajes encerrados en cautividad cuando son adultos.

Estas pautas de agresividad parecen estar en relación con la disminución de los niveles de serotonina. Tanto en animales como humanos se ha relacionado la disminución de 5HT cerebral con aumento de la

agresividad, aumento de la autoagresividad, aumento de la irritabilidad, respuestas exageradas de alarma. Además, al disminuir la serotonina ésta no ejercería su función de inhibición de las catecolaminas, con lo que se potenciaría la disregulación emocional.

- *Modelo de separación en primates no humanos.* Basado en los estudios de Harlow y otros sobre los modelos de depresión anaclítica infantil a partir de separaciones tempranas. Cuando se separa en edades muy tempranas a los monos de sus madres se observa una respuesta bifásica : Primero protesta agresiva, y después depresión, similar a la observada por Bowlby y otros autores en niños separados de sus madres (p.e. la respuesta bifásica en niños londinenses en la II Guerra Mundial). Algo que recuerda a la respuesta bifásica del PTSD (hiperarousal-anestesia). Además, los monos que fueron separados precozmente de sus madres presentan cuando adultos, una gran vulnerabilidad y una respuesta exagerada ante la separación, y son más vulnerables a los fármacos depletores de catecolaminas. Son monos que tienen dificultades para modular las respuestas ante los estímulos sociales y rápidamente entran en conductas desorganizadas ante estímulos nuevos.. Hay un aumento de las respuestas agresivas.

Desde el punto de vista de los neurotransmisores se observa unos niveles basales más bajos de NA, y respuestas exageradamente altas de NA ante pequeñas situaciones de estrés, estímulos sociales o separación. Los monos separados de sus madres muestran también crónicamente niveles bajos de serotonina.

En estos modelos habría una mutua potenciación: por ejemplo una historia de separación materna precoz aumenta la susceptibilidad del animal al síndrome de desesperanza aprendida ante un shock inescapable.

- *Otros modelos. Trauma y opiáceos endógenos.* (1). El shock inescapable provoca respuesta de analgesia inducida por estrés en animales. Parece haber un aumento de los dinteles de dolor. Parece que habría una relación con la liberación de opiáceos endógenos. (2). También parece haber una relación entre éstos y las respuestas de anestesia emocional y de disociación. Los supervivientes de trauma han descrito, de manera repetida, la triada Analgesia Física, Anestesia Psíquica-Emocional y Despersonalización. (3). En animales los opiáceos parecen disminuir las respuestas de afiliación (*attachment*). Los inhibidores la aumentan. Es posible que la respuesta opioide condicionada contribuya a las respuestas de aislamiento social. (4). Los opiáceos inhiben el *locus ceruleus*, disminuyendo el nivel de hiperarousal.
- b) Modelo **Psicodinámico**. Existen numerosos modelos propuestos del marco conceptual psicodinámico. Destaca los de Weiss (1993)¹⁶ y Horowitz¹⁷ (1986). Ambos autores coinciden en establecer mecanismos comunes para los síndromes postraumáticos y el duelo patológico.

Para Weiss la persona desarrolla creencias disfuncionales en la infancia a partir de inferencias de experiencias traumáticas de sus progenitores. Aprende, por tanto, directamente. Este tipo de creencias sobre lo que es esperable que ocurra van a ser las que le impidan adaptarse adecuadamente cuando es él el que sufre una experiencia traumática. En la raíz del problema por tanto hay unos aprendizajes inconscientes que habrá que ir explorando a través del psicoanálisis para poder ponerlos posteriormente en contraste con la realidad, desafiándolos.

Horowitz¹⁸ parte de la base de que el cuerpo tiene un repertorio pequeño y común de respuestas ante los hechos vitales. Desde esta perspectiva la muerte, la enfermedad física o mental, las catástrofes o las guerras provocan respuestas fisiológicas y procesos similares de adaptación en el ser humano. Todos estos hechos tienen en común pérdidas

que cuestionan el mundo (tanto interno como material y humano) en el que vivía la persona hasta ese momento. Este debe cambiar y adaptarse a la nueva situación, pero esta revisión precisa tiempo. Muchos de las situaciones evocaran temas de culpa, miedo, tristeza o rabia que tendrán que ver con procesos pasados conscientes o inconscientes de la persona. Evitar reconocer estos temas llevaría a una situación de anestesia emocional en la medida en que se crea una discordancia entre la realidad externa y lo que la persona cree. Hay un intervalo de tiempo necesario entre las consecuencias emocionalmente violentas de reconocer lo ocurrido y la tendencia a la evitación inicial. Durante este intervalo la persona pone en marcha procesos de control característicos que tendrán que ver con sus mecanismos básicos de defensa a través de los que está acostumbrado a manejar la realidad.

La siguiente tabla muestra algunos ejemplos de situaciones posibles desde este modelo:

PROCESO	AFRONTAMIENTO POSITIVO	DEFENSA INCONSCIENTE	SUCUMBIR AL ESTRES
Selección del siguiente tema de pensamiento	Dosificación (períodos de tiempo <i>on</i> y <i>off</i> sobre el tema)	Negar la importancia de un tema importante	Estados de amnesia. Intrusión de temas.
Modo de organización: modo temporal (ver un tema con orientación a corto o largo término)	Mirar las cosas un paso cada vez, relacionando el hecho con el curso de la vida.	Negar la urgencia de la amenaza.	Estados distractorios, como el pánico.
Modo de organización: modo secuencial (resolución de problemas versus pensamiento reverberante)	Pensar solamente en lo que se va a hacer a continuación, fantasías reparadoras de situaciones anteriores perdidas.	Addición al trabajo, rumiaciones obsesivas y dudas, preocupación con fantasías, fe en visiones poco realistas.	Confusión.
Modo de organización: modo de representación (palabras, imágenes, músculos, sistema nervioso autónomo, hormonas)	Resolver los problemas a través de palabras porque las imágenes evocan demasiadas emociones (análisis intelectual)	Negación de las respuestas emocionales a la amenaza, aislamiento de los temas en un único modo de representación (palabras sin imágenes, imágenes sin palabras, ideas sin emociones)	Inundación emocional.
Modo de organización: modo de localización (fuentes de información externas o internas)	Hacer cambios reparadores de actividad y contemplación	Actividad compulsiva para evitar pensar. Fantasías para evitar la acción	Ilusiones, alucinaciones, sentir la presencia.
Nivel de Activación (excitación o hundimiento de diversos sistemas, velocidad a la que se asimila la información).	Crear ciclos de trabajo y descanso	Hipervigilancia, evitar descansar	Agotamiento

De: Horowitz M. *Stress Response Syndromes*. Pp 103.

c) Modelos de base **Cognitiva o Conductual**.

- **Modelo Cognitivo** basado en la **Teoría del Procesado de la Información**. Edna Foa¹⁹ es la figura más representativa de esta línea de investigación. Desde esta perspectiva la persona que sufre hechos traumáticos almacena en memoria recuerdos complejos del hecho que se cristalizan como *esquemas cognitivos amenazantes*. Posteriores situaciones activarán estos esquemas despertando las mismas emociones e imágenes asociadas a las mismas ante hechos aparentemente sin relación (reacciones que podríamos denominar de “falsa alarma”). Desde esta perspectiva los síntomas postraumáticos serían manifestaciones de ansiedad en una situación de *kindling* subsecuentes al desarrollo de una *memoria del miedo* que activa una red neural específica, con elementos mnemónicos polisensoriales ante posteriores estímulos de tipo real o simbólico.

Para McFarlane²⁰ el trastorno se produciría en cuatro fases que irían en una secuencia una detrás de otra: 1. Hecho traumático (o estrés crónico múltiple). 2. Aparecen Imágenes Intrusivas intensas. 3. Como consecuencia de ello la persona desarrolla Conductas de Evitación. 4. Esta dinámica crea un Estado de Alarma constante. No hay evidencias experimentales de que esta secuencia exista, pero es un modelo muy sencillo y práctico para enfocar después el tratamiento (por ejemplo Scott y Stradling²¹, 1992).

- **Modelo socio-cognitivo**. Desde esta perspectiva (por ejemplo Janoff-Bulman²², 1992) lo importante es el modo en que el hecho traumático cambia la visión que tiene la persona de ella misma y del mundo. Para poder vivir las personas tienen una serie *sesgos cognitivos* entre los que destacan la ilusión de control (el futuro es predecible) y la ilusión de bondad (la gente es buena; las cosas malas nunca ocurren o en todo caso no a mí). Estos esquemas o asunciones básicas se quiebran con el hecho traumático y la persona pasa a vivir en un mundo que siente aleatorio e impredecible y en el que no es posible tener seguridad y en un mundo donde la bondad no es universal sino que las personas son egoístas, malevolentes. Mientras las nuevas experiencias no se puedan integrar, la vida puede pasar a ser un lugar con poco sentido, al menos acorde con los esquemas cognitivos anteriores.

Para Janoff Bulman los hechos traumáticos remueven el sistema de creencias de la persona en los siguientes aspectos:

- 1) Asunciones básicas respecto al mundo.
 - a) La creencia en la invulnerabilidad personal (“A mí nunca me va a ocurrir una cosa así, esto le pasa a los otros”).
 - b) La creencia de que vivimos en un mundo ordenado y predecible, donde los hechos son controlables y donde hay una reglas que adecuadamente utilizadas dan una seguridad respecto a la persona (“¿Cómo es posible que ocurran estas cosas?” “Esto es absurdo, no tiene sentido, es una pesadilla que seguro que va a pasar”)
 - c) La creencia de que la vida tiene un significado o un fin determinado.
 - d) La creencia de que uno es una persona fuerte y válida (“nunca creí que podría reaccionar así” “ya no me veo como antes”)
- 2) Un sentimiento generalizado de pérdida (de valores, de confianza en uno mismo, en los demás, de proyecto vital, de rutinas anteriores....)

- 3) Pérdida del deseo de cohesión, aislamiento de los demás, desconfianza (¿vale la pena relacionarse con la gente si después te decepcionan? ¿si cada cual va a la suya y en el fondo todo el mundo es egoista?).
- 4) Experimentar la sensación de desbordamiento, de caos.
- 5) Acusarse a uno mismo por lo que ha ocurrido (adoptar, de manera no explícita, la idea de que cada cual tiene lo que se merece)^e.

Brewin, Dalgleish y Joseph (1996)²³ combinan el modelo sociocognitivo con el de procesamiento de la información proponiendo una teoría que denominan de la representación dual que conceptualiza las memorias traumáticas en dos niveles: elementos que son *verbalmente accesibles* y elementos que son *situacionalmente accesibles*. Las memorias verbalmente accesibles son aquellas que forman parte de la experiencia de procesamiento *consciente* del hecho traumático por parte de la persona. Se recuerdan con facilidad y dan lugar a racionalizaciones conscientes sobre el mundo que nos rodea. Son los elementos a partir de los cuales la persona intenta dotar de sentido a la experiencia, por ejemplo buscando una causa o haciendo una atribución de responsabilidad. Las memorias *situacionalmente accesibles*, por el contrario, entrarían dentro de un procesamiento *inconsciente* de información, no estarían bajo control directo del individuo ni se accedería a ellas directamente a través del recuerdo simple. Si fuese posible evocarlas por su asociación con el miedo o estímulos sensoriales o emocionales del momento. Estas memorias influyen tanto como las otras en la percepción que se tiene del mundo (factores no conscientes de la toma de decisiones).

- **Modelo Cognitivo Narrativo-Constructivista.** (p.e. Meichenbaum²⁴.D, 1994). El modelo constructivista parte del supuesto de que la realidad no existe, sino que se construye. Cada persona construye historias (*narraciones*) sobre los hechos que le van ocurriendo en la vida y estas narraciones van cambiando con el paso del tiempo en función de la personalidad, los sesgos conscientes o inconscientes, los receptores de la historia y la respuesta que dan a ésta etc. Lo importante, por tanto, no son los hechos, sino la versión de los mismos que la persona ha construido para sí (y secundariamente para los demás). La terapia se basará en construir nuevas narrativas de los hechos.

Todos estos modelos conceptuales aportan elementos muy importantes para la comprensión adecuada de los síntomas post-traumáticos y posiblemente ofrezcan elementos complementarios.

^e Todas estas ideas pueden verse, en algunos casos, como formas adaptativas de respuesta. Así, hay autores que postulan que la culpa puede entenderse así. Si yo acepto que no puedo controlar nada, sólo me queda la desesperanza. Si en cambio me asumo responsable, afronto la culpa, pero tengo la posibilidad de sentir control, de que aún puedo decidir sobre las cosas.

Transmisión transgeneracional de hechos traumáticos.

Se postulan diversos modelos de transmisión transgeneracional, la mayoría a partir de estudios con descendientes de supervivientes del Holocausto.

- A) Para algunos autores la transmisión es a través del silencio. La vivencia del Holocausto en los abuelos y/o padres es un tema tabú, no hablado, pero omnipresente. Se trata de un secreto a voces, que se hace dañino por lo mismo. Elizabeth Lira ha descrito algo similar en los hijos y nietos de los desaparecidos en Chile.
- B) Otros autores consideran que otra forma de transmisión transgeneracional vendría dada por la tendencia del superviviente a adoptar una “identidad colectiva”, en este caso, “superviviente de Holocausto” o “familiar de detenido – desaparecido”, con el riesgo potencial de victimización secundaria y estigmatización por ello. Este tipo de narrativas pueden transmitirse transgeneracionalmente y pueden llevar a una asunción positiva o negativa del rol en los hijos o nietos de los supervivientes (bien por identificación o bien por rechazo). En este caso el núcleo es una “narrativa colectiva” elaborada y transmitida dentro de la familia o el grupo^f.

Transmisión transgeneracional de la violencia intrafamiliar. ¿Hasta qué punto los hijos de padres violentos o abusadores perpetúan el mismo modelo en sus hijos?. Los estudios indican que en parte, así es. Lo que ocurriría en este caso es que habría una introyección de valores de autoridad y de legitimación del recurso a la violencia que harían que esta fuera usada con mayor probabilidad frente a los propios hijos. Oliver^g (1993) sugiere a partir de diferentes trabajos que un tercio de adultos que sufrieron abusos en la infancia son padres abusivos y con negligencias graves, un tercio no manifiestan ningún tipo de disfunción y otro tercio tienen conductas normales pero una alta vulnerabilidad a la presión (es decir, que ante un gran estrés pueden reaccionar de forma violenta). Kaufman y Zigler (1987) coinciden en una tasa de transmisión transgeneracional de las conductas de incesto, abuso o violencia del 30%. En estos casos si suele haber un gran paralelismo respecto a la edad en que se produjeron los abusos, el tipo de abuso, el contexto, el modo en que este se realizó etc.

^f Lipton MI (1994). *Posttraumatic Stress Disorder: additional perspectives*. Springfield, ILL. Charles C. Thomas Publishers.

^g

¿De qué elementos depende que aparezcan síntomas traumáticos?. Factores predisponentes y precipitantes.

1. Características del hecho traumático. El factor más determinante de la aparición de estrés postraumático es la severidad del agente estresor, existiendo una relación dosis - dependiente entre intensidad del estímulo y grado de afectación²⁵. Junto a esto estarán las características del mismo. Un hecho estresante producirá más efectos *traumáticos* cuando es^h:

- Repentino
- Prolongado
- Repetitivo
- Intencional

Todas ellas son (1) características que disminuyen la capacidad de la persona para controlar la situación y desarrollar estrategias efectivas de afrontamiento. (2) que cuestionan asunciones básicas (por ejemplo la creencia en la bondad de las personas), que obligan a reaccionar contra los esquemas cognitivos que tenía la persona hasta el momento, lo que ralentiza su reacción. Posteriormente esto mismo puede ser lo que le lleve a la visión escéptica y resentida ante todo, característica de algunas formas de pensamiento postraumático. Se trataría de una reacción adaptativa frente a futuras agresiones.

La importancia de los elementos cognitivos y de la manera cómo los hechos cuestionan la visión que tenía la persona del mundo, provocando un quiebre y una dificultad para reaccionar a corto término de un modo que a la larga resulte adaptativo da idea del hecho de que el *significado simbólico* del agente traumático tenga una importancia decisiva en las consecuencias del mismo. Así, por ejemplo, la mayoría de estudios en cultura euroamericana coinciden en que el hecho más traumático es la violación sexual con violencia física y las consecuencias de ésta parecen depender, a su vez, del grado de filiación entre víctima y perpetrador. A mayor cercanía, peores consecuencias a largo término del abuso. Es decir, que además del hecho de la violación, hay que ver lo que ésta supone para la persona y para su posición en el mundo, y el significado cuestionador que tiene para el pasado, el presente y el futuro de esa personaⁱ.

2. Características de la persona. En un segundo nivel estarían las características pre-trauma. Los síntomas intrusivos son los que más directamente se relacionan con el nivel de cercanía e implicación en el impacto traumático, mientras que los de anestesia emocional parecen más relacionados con factores genéticos o constitucionales.

Otros factores de riesgo recogidos en la literatura son la existencia de hechos traumáticos anteriores que hayan creado una mayor vulnerabilidad (historia de separación temprana de los padres, de abuso en la infancia u otros) y la existencia de síntomas

^h Tomb DA. The phenomenology of post-traumatic stress disorder. The psychiatric Clinics of North América. Vol. 8.

ⁱ En el caso de los estudios con soldados la evaluación cognitiva vendría dada por su modo de posicionarse ante la guerra: considerarse responsable de los hechos uo falló o no a sus compañeros o subordinados frente a quienes se consideran personas sin responsabilidad ni capacidad de decisión y establecen una distancia emocional (p.e. Ursano (1992) con veteranos de Vietnam)

psiquiátricos previos a la exposición (altos niveles de neuroticismo, ansiedad o depresión preexistentes). Parece además que hay más riesgo cuando el impacto se produce en edades críticas del desarrollo (parece que entre los 11 y 16 años sería la época de mayor vulnerabilidad en que los hechos traumáticos son recordados durante toda la vida),

En el contexto de situaciones de extrema vulnerabilidad e indefensión (p.e. catástrofes naturales, detención clandestina, incomunicación o tortura) resulta determinante el terror que surge de no poder hacer absolutamente nada ni por escapar, ni para controlar lo que está ocurriendo. Hay una sensación extrema que coloca a la persona en los mayores niveles de activación fisiológica de los que se derivaría probablemente una mayor intensidad de la sintomatología post-traumática.

¿De qué elementos depende que los síntomas traumáticos no desaparezcan poco a poco con el tiempo? : Factores perpetuadores.

1. Compartir los hechos traumáticos. Constituye un lugar común pensar que aquellas personas que no pueden compartir los hechos traumáticos tienen mayor dificultad para superarlos. Pennebaker²⁶ (1998) ha mostrado en diversos estudios experimentales los efectos beneficiosos para la salud de compartir las experiencias traumáticas. Compartir permite: (1) Una función de catarsis o abreacción, (2) Dotar de coherencia y sentido interno a la experiencia, facilitando su integración, (3) Validación y reconocimiento social de la misma (4) Compartir otras experiencias y modos de afrontamiento potencialmente útiles.

Pero compartir no es una necesidad universal ni tiene porque ser universalmente beneficioso. Conviene tener en cuenta que: (a) La negación de hechos traumáticos constituye una herramienta útil para la asimilación progresiva de los mismos²⁷. Forzar la narración de hechos puede ser en estos casos yatrogénico. (b) Hay un riesgo importante de retraumatización cuando en la base hay imágenes o recuerdos extraordinariamente dolorosos que la persona ha empezado ya a integrar con sus propios recursos (disociación, reestructuración y reelaboración, racionalización...). Compartir en este momento puede añadir nuevos elementos que resitúan los hechos donde estaban anteriormente. (c) Existen culturas que desaconsejan la manifestación pública de emociones negativas, entendiéndose que éstas debilitan a la persona o que pueden crear enfermedades en quienes la rodean. La persona puede sentirse atrapada entre lo que siente que debe hacer y lo que el terapeuta le exige *por su propio bien*²⁸. (d) Los estudios con grupos de intervención en el post-trauma inmediato con carácter preventivo (*Critical Incident Stress Debriefing*) muestran^{29,30,31} que cuando se realiza de modo general con todos los supervivientes no ofrece beneficios psicológicos a medio o largo término en la aparición de síntomas post-traumáticos.

Stein^{32j} desde su trabajo como psiquiatra en la Comisión de Verdad y Reconciliación de Sudáfrica considera, haciendo balance, que no quedaba claro el valor

^j El autor se cuestiona también el “valor terapéutico” de la “verdad”. En primer lugar considera que la verdad no existe, puesto que cualquier descripción de hechos parte de una narrativa social que es la que le confiere significado. Por otro no es lo mismo una narrativa “terapéutica” que busca dar significado al pasado y reconciliar a la persona con él, que procurar

terapéutico del testimonio en el contexto del Tribunal, como se había enfatizado al principio. Cuando la audiencia es indiferente o poco empática o se centra en aspectos no psicológicos del testimonio puede producirse una retraumatización secundaria del superviviente, pese a que se le haya preparado psicológicamente antes de dar su testimonio.

La conclusión es que hablar es potencialmente bueno cuando es el momento adecuado en la evolución personal de la asimilación del hecho traumático (y esto generalmente se detecta porque es la persona la que expresa de algún modo la necesidad de hacerlo) y cuando el contexto y los receptores están implicados en una tarea de clarificación y/o resignificación de lo ocurrido.

- 2. Buscar la lógica de los hechos.** Las rumiaciones de este tipo son perpetuadoras de los síntomas porque no tienen resolución posible. Son preguntas del tipo “¿Por qué?”: (¿Por qué a él/ella?, ¿Por qué a mí?, ¿Por qué en ese lugar?, ¿Por qué de ese modo...?).

Gran parte de los denominados síntomas intrusivos (pesadillas, imágenes traumáticas...) pueden conceptualizarse como intentos infructuosos de la mente por buscar una lógica e integrar los hechos en los esquemas del mundo pre-existentes, una concepción que puede ponerse en relación con el concepto psicoanalítico clásico de la *tendencia compulsiva a la repetición* del trauma^{33k} y con los conceptos sociocognitivos de ruptura de la ilusión de control e invulnerabilidad.

Cuando no es posible encontrar la lógica, resulta protector que los hechos traumáticos incomprensibles sean *disociados* de la conciencia para poder preservar algunas de las asunciones básicas respecto a uno mismo y al mundo.

- 3. La necesidad de buscar culpables.** Constituye una manera de buscar un pensamiento que estructure el caos. El culpable puede ser la propia persona, y en este caso las rumiaciones tienen que ver con preguntas del tipo: “¿Qué hubiera pasado si yo...?, ¿Qué habría pasado si...?, ¿Por qué no se me ocurrió...?”. Se trata de preguntas que van contra las evidencias de los hechos y buscan cambiar el final de la historia e imaginar un desenlace distinto, mejor y menos doloroso. En otros casos el enemigo es externo y la persona se introduce en elementos inacabables de litigación a los que dedica toda su energía, creando culpables reales o fantasmáticos (las instituciones, la prensa, determinada autoridad...) generalmente inasequibles.

Ante el caos emocional, si se incorporan los hechos en toda su brutalidad la persona debe asumirse como débil, negativa, indefensa ante el azar y los vaivenes de la vida. Las víctimas pueden tender, en esta situación, a acusarse a sí mismas y a dirigir la rabia hacia dentro como un modo de poder preservar el sentido de control interno y evitar la desesperanza.

establecer “la verdad”, lo que entronca con el debate abierto y pendiente sobre las funciones psicosociales e individuales de las Comisiones de la Verdad y su potencial reparador.

^k Ya no solo en pesadillas o en *flashbacks*, sino que se observa que los niños traumatizados tienden a repetir el hecho traumático en juegos, los veteranos de combate a inscribirse como mercenarios, las víctimas de incesto a ser prostitutas, las personas que sufrieron abuso en la infancia, a abusar de sus hijos o tener parejas que abusen de ellas etc.

4. **Comparar constantemente el presente y el pasado**, sin conseguir aceptar que se trata de etapas distintas no comparables.
5. **Existencia de sentimientos de indefensión**. Percibirse a sí mismos como *víctimas*, es decir, como seres sin poder que están en riesgo de que en cualquier otro momento pueda volver a ocurrir lo mismo¹.
6. **La ruptura de vínculos afectivos**. El sentido de seguridad se basa en buena medida en los vínculos establecidos con la realidad y con las personas emocionalmente significativas. La ruptura violenta de estos vínculos puede llevar a situaciones posteriores de autoprotección: la mejor manera de no volver a sufrir una pérdida es no establecer vínculos emocionalmente intensos²⁸. La gente traumatizada puede tener problemas con posterioridad para establecer relaciones afectivas y oscilar entre aislarse socialmente o apegarse a alguien de una manera impulsiva y maladaptativa.
7. **Estilo cognitivo**. Personas con un estilo *rumiador* de pensamiento con tendencia a dar vueltas una y otra vez a las cosas sin llegar a conclusiones que lleven a conductas (Nolen-Hoeksema y Morrow³⁴, 1991)

En todos estos casos la persona está fijada de manera obsesiva en la resolución de estas cuestiones para las que no hay respuesta, por lo que la resolución de los síntomas post-traumáticos es imposible.

¹ En esta línea cabe reflexionar en los fenómenos de *Identificación con el Torturador*. La víctima tiene la necesidad de establecer vínculos que den significado a lo que le ocurre y que eviten la sensación de indefensión absoluta. En una situación de privación sensorial y emocional es posible, en consecuencia, desarrollar vínculos emocionales intensos con los victimarios. Este '*vinculo en el trauma*' puede verse no sólo en centros de tortura, sino en secuestros, y en esposas o niños que sufren maltratos o abuso. La necesidad de tener algún vínculo contribuye a la negación y a la disociación de la experiencia traumática a fin de preservar la imagen de seguridad y evitar perder la esperanza en la existencia de alguien protector o de un punto de lógica o de bondad en medio del caos. La víctima puede tender a organizar su vida alrededor de mantener ese vínculo con el victimario y de aplacar así la situación. En el caso extremo de adaptación a la supervivencia, la víctima llega fácilmente a acusarse a sí misma por su tormento.

¿Cuáles son los elementos que favorecen la superación espontánea de los hechos traumáticos? : Elementos de resistencia.

Aquellas personas con mayor capacidad de resistencia ante hechos traumáticos parecen compartir:

- (a) La tendencia a recordar de manera selectiva los elementos positivos en la memoria autobiográfica, con tendencia a negligir u obviar los negativos (McNally³⁵, 1993).
- (b) Aceptar una cierta dosis de incertidumbre e impredecibilidad en la vida. Asumen que en la vida también influye la suerte.
- (c) Cuando comparan lo que les ha ocurrido con las personas a su alrededor son capaces de ver elementos positivos: (1) Hay personas a las que aún les ha ido peor, (2) Hubo momentos en que uno falló, pero otros en que respondió bien, (3) Imaginarse que las cosas aún podrían ser peores, (4) Aceptar que las molestias que tiene son *normales* y que pasarán con el tiempo (Taylor G.J.³⁶, 1990).
- (d) Percibirse como *supervivientes*, es decir, como personas que han salido reforzadas de una experiencia traumática y que en consecuencia tienen más armas y recursos para enfrentarse a ella en hipotéticas nuevas situaciones.

Kobasa y Madi desarrollaron en los ochenta el concepto de **Personalidad Resistente**³⁷ (*Hardiness*) estudiando aquellas personas que ante hechos vitales negativos parecían tener unas características de personalidad que les protegían. Estudian aquellas personas que “no se enferman” en situación estrés y para las que las situaciones estresantes pueden suponer oportunidades de enriquecimiento. Las bases conceptuales de este enfoque estarían en la psicología existencial de Víctor Frankl³⁸ y las investigaciones alrededor de la teoría del *Locus de control* de Mischel (1968). A pesar del énfasis en los aspectos positivos, el enfoque de Kobasa se diferencia de la psicología existencial es que ésta es *anti-rasgo* y define al ser humano como portador de una serie de cualidades cambiantes con el tiempo en función del trabajo de construcción personal.

La *Hardiness* o Resistencia al estrés vendría definida por tres conceptos existenciales:

- a) *Commitment* – Compromiso. Creer en la verdad, importancia y valor de lo que uno mismo es y de aquello que hace. Tendencia a implicarse en todas las actividades de la vida, incluido el trabajo, las relaciones interpersonales y las instituciones sociales. Esto no tiene sólo una dimensión individual sino colectiva (existir *con otros*), es decir, sentir que es posible ayudar a otros en situaciones estresantes si otros lo necesitan.
- b) *Control* –. Tendencia a pensar y a actuar con la convicción de la influencia personal en el curso de los acontecimientos. Las situaciones son analizadas, se convierten en predecibles y se desarrollan estrategias de afrontamiento. Peñacoba³⁷ y Moreno, en

su revisión del tema destacan que Kobasa no consideraba suficientemente los estudios que indican los efectos negativos de la dimensión control en situaciones de fracaso. El control sería bueno sólo cuando se sigue de un número razonable de éxitos.

- c) *Challenge* – Reto. Creer que el cambio –frente a la estabilidad – es la característica habitual de la vida. Las situaciones son oportunidades e incentivos para el crecimiento personal y no amenazas a la propia seguridad. Esto se relaciona con flexibilidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad. Dado que el cambio no es una amenaza, no se requiere autocontrol para superarlo.

Un concepto relacionado con el de *hardiness* es el de “*sentido de la coherencia*” de Antonovsky. Se trataría de una persona con altas puntuaciones en reto y compromiso, pero bajas puntuaciones en control. El *Patrón A de Conducta* compartiría el control aunque puntuaría alto en impaciencia y no se asocia a compromiso ni a reto. Además el patrón A de conducta tendría una motivación *extrínseca* frente a una *intrínseca* de las personas *resistentes*^m.

Todo esto enlaza, en el caso de los síntomas post-traumáticos, con los trabajos que indican que la convicción política e ideológica es el principal factor positivo de resistencia en los presos y personas que sufren tortura^{39,40} y que un *Locus de Control* interno tiene un alto valor protector frente al estrés postraumático en los accidentes de tráfico⁴¹.

¿Cómo actúa la personalidad resistente?

Se han postulado diferentes posibilidades:

- a) Percepción del estímulo estresante como menos amenazante. Se ve como positivo o controlable.
- b) Si se percibe como amenazante se ponen en marcha estrategias de afrontamiento más adaptativas especialmente el denominado *coping transformacional* (verlo como una oportunidad de crecimiento) en lugar del *coping regresivo* (huir o evitar el estímulo potencialmente estresante).
- c) Numerosos estudios apuntan a una menor reactividad fisiológica al estrés en los individuos más resistentes.

¿Puede aprenderse a ser resistente?

Se han encontrado como elementos favorecedores del desarrollo de una personalidad resistente:

^m Entre los problemas del constructo está que las escalas que lo miden siguen basándose en ítems “negativos” y no en ítems positivos. En los estudios comparativos y en los diferentes análisis factoriales²⁶ la dimensión reto es la que uniformemente se muestra menos consistente y algunos autores consideran que debería eliminarse. En este sentido el reto quizás podría incluirse dentro de una dimensión más grande que sería “dotar de significado a las cosas”.

- a) Padres que solventen las necesidades de los niños con aprobación, interés y esfuerzo para que sus hijos adopten una actitud de compromiso con la realidad. Los padres han de apoyar al hijo sin imponerle ideas preconcebidas sino respetando su individualidad.
- b) Encomendar al niño tareas que no sean excesivamente difíciles (evitar experiencias de fracaso) ni fáciles (que no creen sensación de reto).
- c) Desarrollar una actitud de aprender de los fracasos.

Kobasa ha desarrollado un programa de entrenamiento en *personalidad resistente* que consiste sobretodo en aprender a través de un programa estructurado tres técnicas:

- a) Reconstrucción situacional. Comparar situaciones juzgadas como positivas y situaciones juzgadas como negativas, potenciando los procesos asociados a juicios positivos.
- b) Focalización. Ayudar al individuo a centrarse en sus mensajes internos, buscando el significado emocional, personal o individual de los mismos para aumentar la sensación de control.
- c) Autorrecompensas.

Si pese a ello la situación sigue abrumando, proponen que hay que pensar que aquello a lo que uno se enfrenta es un hecho incambiable y aceptarlo, sin que ello perturbe nuestra sensación global de control, compromiso y reto.

¿Es posible aprender (y enseñar a aprender) de las experiencias traumáticas? : Elementos de resiliencia.

Tedeschi⁴²ⁿ y Calhoun en una revisión de la literatura que estudia los *efectos positivos* de las situaciones traumáticas (violación, incesto, duelo, cáncer, HIV, infarto, desastres, combate o el Holocausto) agrupan los efectos *positivos* de los hechos traumáticos en tres categorías:

a) Cambios en la percepción que se tiene de uno mismo. Sentirse más fuerte, más reafirmado en uno mismo, con más experiencia y más capacidad de afrontar dificultades futuras. Aumento de las posibilidades de que en situaciones difíciles en el futuro se responda de una manera asertiva. La persona desarrolla una autoimagen de fortaleza, una confianza que después puede generalizarse a otra clase de situaciones, incluso traumas futuros.

b) Cambios en la relaciones interpersonales. Se describe que la familia se ha unido más alrededor de la desgracia. La muerte de un familiar, por ejemplo, puede hacer que la persona se acerque más al resto al darse cuenta de la importancia que tienen, de qué frágiles son y con qué rapidez pueden perderse. Por otro lado la necesidad de compartir lo ocurrido, de discutirlo y buscarle explicación puede llevar también a algunas personas a abrirse más y a compartir sentimientos cuando nunca antes lo habían hecho, a aceptar la ayuda de los demás y a utilizar por primera vez el apoyo social.

c) Cambios en la filosofía de la vida. Se aprecia más lo que se tiene, se valora más los detalles, la vida a partir de la amenaza de perderlo bruscamente o al observar la muerte de otras personas. Un porcentaje importante de personas cambia su escala de valores, prioriza otros valores tomándose la vida de un modo más sencillo y disfrutando más de las cosas. Aunque algunas personas sienten que sus creencias religiosas se quiebran, para otras supone un redescubrimiento o un refuerzo de su fe, lo que a su vez puede llevar a un aumento de la confianza en sí mismo, de la sensación de control y de sentido de la vida.

Este tipo de enfoque no pretende hacer cambiar la idea básica del carácter negativo de las situaciones traumáticas, pero si ver que es posible encontrar, además, otros elementos. Así, en un estudio de Aldwin y cols citado por Tedeschi (1994) se aprecia como el 100% de las personas reconocen algún efecto negativo del hecho traumático vivido, pero **además** el 60% son capaces de reconocer algún efecto positivo sobre sus vidas.

ⁿ Estos autores han desarrollado un instrumento que mide el cambio positivo tras un hecho traumático. Este consta de 5 subescalas: - *Relacionarse con los demás* (ahora sé que puedo contar con los demás, me siento más cerca de los demás, me es más fácil expresar mis emociones, siento más compasión por los demás, pongo más energía en mis relaciones, me doy cuenta de lo extraordinaria que puede ser la gente, acepto que se necesita a los demás), *Nuevas posibilidades* (nuevos intereses, nuevo curso de vida, más dispuesto a cambiar cosas que necesitaba cambiar), *Fuerza personal* (más seguro de mí mismo, saber que puedo manejar las dificultades, que soy más fuerte de lo que creía...), *Cambios espirituales y Aprecio de la vida*. En el estudio de validación, puntuaciones elevadas en la escala no correlacionan con ninguna variable sociodemográfica, tampoco con Deseabilidad Social. Correlacionaba positivamente con una escala de religiosidad y con las escalas de Extroversión, Apertura a experiencias nuevas, Agradabilidad y Conciencia del NEO-PI e inversamente con Neuroticismo.

Así, por ejemplo, Ursano⁴³ et al (1994) en un estudio con personas afectadas por un tornado en que preguntan por *efectos positivos* de lo ocurrido, encuentran que la gran mayoría de las personas describen al menos un efecto de este tipo. Entre las expresiones de las personas están, por ejemplo “He aprendido que soy capaz de desenvolverme bien en una situación así”, “siento que soy mejor después de haber afrontado una experiencia única como ésta”, “he cambiado mis esquemas de valores y mis prioridades en la vida”, “he aprendido muchas lecciones importantes”, “lo que ha ocurrido nos ha unido a todos los vecinos de la comunidad” etc

Factores comunitarios.

Actitud sociológica ante los hechos: la memoria colectiva.

La guerra del Vietnam o las consecuencias de la II Guerra Mundial en la población alemana y en las generaciones futuras muestran la gran importancia que tiene para la superación de los hechos traumáticos el recuerdo que éstos dejen dentro de la memoria colectiva. Op den Velde (1994) describe, por ejemplo, las dificultades que tuvieron para superar los horrores de la guerra los excombatientes holandeses que lucharon contra los nazis en la II GM. Esto se debía, según él, a la enorme ambivalencia que había entre el pueblo holandés, que en una parte importante colaboró con el régimen alemán. A esto se unió la moral calvinista, la indiferencia institucional y otros, que hicieron de la integración un hecho muy difícil.

De ahí la tremenda importancia desde el punto de vista psicosocial que se postula que tienen los procesos de recuperación de la memoria histórica, de reconstrucción de la historia colectiva y de búsqueda de la verdad y lucha contra la impunidad para los supervivientes y sus familiares. Lo que se está debatiendo es la transmisión transgeneracional de la imagen social de las víctimas y los victimarios y de los procesos de dignificación social de aquellos. Quienes en su día fueron considerados delincuentes, ahora pueden ser restituidos ante la sociedad, ante sus familiares o ante ellos mismos en el caso de los presos, como personas con una trayectoria de lucha e ideales.

Terapéutica de los Síntomas Post-traumáticos.

Hay una serie de elementos básicos comunes a cualquier tipo de terapia:

1. Dotar de significado a la experiencia: el valor del testimonio.

En víctimas de catástrofes, de guerra o de violencia política considerar los síntomas de modo independiente a las causas que los generaron puede resultar alienante. Por eso el **testimonio** constituye una herramienta terapéutica básica en aquellas personas motivadas para ello. La primera descripción sistemática de este principio fue realizada en trabajos publicados bajo pseudónimo por Elizabeth Lira y el equipo del ILAS en Chile⁴⁴, habiendo sido luego asimilado por casi todos los centros de tratamiento de supervivientes. (Ver Agger I, Jensen S⁴⁵ (1990) para una descripción detallada de los fundamentos y una guía sugerida de procedimiento).

2. Las formas sociales de mitigación del daño.

En la misma línea está el uso de la **acción política**, las tareas de **desarrollo comunitario**, la elaboración de una **memoria colectiva de los hechos**, los **memoriales y actos de mitigación del daño** y de **reparación^o social** de la dignidad de las víctimas.

Durante los últimos 25 años y ha instancias de los grupos de Derechos Humanos y sancionado finalmente como recomendaciones del sistema de Naciones Unidas y la Corte Interamericana de Justicia y expresado en las diferentes comisiones de la verdad que han ido apareciendo en una veintena de países del mundo, se han desarrollado formas de *reparación psicosocial* de los familiares de las víctimas de la violencia política. En la mayoría de casos se trata de una reparación económica. En otros de reconocimientos públicos, de servicios educativos o de salud para la familia. Muy raramente ha habido una *reparación* moral a través del enjuiciamiento a los perpetradores.

Los procesos de *reparación* especialmente cuando son de base económica, presentan muchos aspectos polémicos desde el punto de vista psicosocial. La mitigación del daño debe conceptualizarse como el estudio e implementación de todas aquellas medidas que permitan restaurar la dignidad de las personas y familias y rehacer sus proyectos de vida. Esto exige un análisis caso por caso, dar la palabra y el poder a los implicados y pensar en términos globales individuales y comunitarios. Sin este enfoque las medidas de reparación económica pueden ser peligrosas armas de doble filo.

La siguiente tabla resume algunos de los más relevantes⁴⁶⁻⁴⁷⁻⁴⁸⁻⁴⁹

^o De entrada la primera reflexión y propuesta es que habría que excluir el término “reparación” del lenguaje de los grupos de Derechos Humanos. Hay cosas que no es posible reparar. Pensamos que puede hablarse en todo caso de mitigar el daño.

REPARAR... ¿QUÉ?	CONSIDERACIONES/PROBLEMAS
Implicaciones Éticas	<ul style="list-style-type: none"> • Los elementos de reparación <i>simbólica</i> en forma de monumentos, libros de testimonios o actos públicos de reconocimiento de responsabilidad por parte del Estado constituyen formas de reparación de la dignidad de quienes en su momento fueron con frecuencia estigmatizados, <u>perseguidos penal y éticamente.</u>
Implicaciones psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • El daño no es sólo sobre los individuos, lo es sobre el tejido social en su conjunto. Será necesario arbitrar aquellas medidas que reviertan lo que provocó ese daño, es decir, cambios estructurales y/o legislativos. • Es también especialmente relevante el trabajo de reconstrucción social. Plantear la acción en derechos humanos desde bases puramente jurídicas puede llegar a ser funcional a los instigadores de la violencia, en la medida en que se logra el objetivo final de desestructuración del tejido social.
Devolver la dignidad de las personas y sus familias	<ul style="list-style-type: none"> • Tener en cuenta las demandas reales de la gente (¿lo que se desea es una indemnización económica en forma de dinero o de otro tipo?). • Aumentar el control social con las “ayudas”, aumentar la dependencia del Estado o de un determinado partido político al presentarlo como un gesto o favor y no como un derecho reivindicado y obtenido. Favorecer el clientelismo político. • Tener en cuenta el impacto social de la ayuda (p.e. que en una comunidad rural pobre un grupo pequeño de personas reciban una cantidad importante de dinero puede romper el equilibrio de relaciones y crear divisiones). • Las formas de mitigación del daño pueden arbitrarse a través de la creación de estructuras paralelas (comisiones, redes, organismos...) o reforzando las formas de organización propias de la comunidad. • La propia comunidad puede actuar o no como un elemento “reparador”, estigmatizando a las víctimas o asumiendo como propio el sufrimiento de éstas y considerando que son todos los agredidos..
Implicaciones Jurídicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Las compensaciones económicas pueden ser un modo de acallar las demandas de justicia y desmotivar la lucha por la justicia <i>penal</i> • Las <i>ayudas</i> pueden ser formas de acallar la presión internacional mostrando sensibilidad y preocupación hacia las víctimas.

3. Restablecer los vínculos.

Un aspecto esencial será la recuperación y el establecimiento de nuevos vínculos con otros. La psicoterapia de grupo es útil, en este sentido, así como todas las formas de apoyo mutuo y de organización comunitaria.

El tema del apoyo social no es de todos modos lineal ni sencillo. Más apoyo social no significa siempre mejores perspectivas. Así, por ejemplo, en una revisión sobre la relación entre apoyo social y superación de hechos traumáticos se encontraba que las mujeres con mayores vínculos comunitarios eran las que a la larga estaban peor. Esto no ocurría en los hombres. La razón estribaría en que para muchas mujeres tener más implicación emocional con los que la rodean no significa estar mejor, sino preocuparse por más gente. (Green, 1994). En situaciones de gran estrés tener unos lazos familiares muy estrechos significaría más que tener más apoyos, tener más angustias.

4. Tratamiento psicológico individual de síntomas.

a) Elementos generales de la entrevista.

1. ¿Quién tiene el poder?.

En una entrevista con víctimas de violencia organizada el tema de las relaciones de poder en la entrevista se convierte en un elemento clave. La entrevista debe desarrollarse de tal manera que estemos seguros de dar al paciente **elecciones**, de tal modo que pueda tener un **sentido de control** de lo que ocurre. El superviviente debe sentir que tiene su cuota de poder. Esto se manifiesta en algunas prevenciones básicas:

- Pedir permiso para entrevistarle. Por ejemplo: ¿Quiere usted que hablemos? ¿Es éste un buen momento (tiene usted ánimos) o prefiere que busquemos un momento en que se encuentre usted con más fuerzas?. ¿Le importa si le hago algunas preguntas para intentar concretar algunos temas que creo que son importantes para que podamos trabajar?.

- Justificar la necesidad de las preguntas. Por ejemplo: Cuénteme todo lo que usted crea que yo debería saber para que ámbos podamos trabajar juntos. No tiene necesidad de compartir todo lo ocurrido. Tal vez haya cosas que le parezca que debe guardar en este momento para usted. O por ejemplo: Lo que usted cuenta es un testimonio importante de cómo sucedieron las cosas, que tal vez podamos canalizar más adelante a alguna organización de denuncia.

- No imponer un ritmo. Por ejemplo: En cualquier momento puede usted interrumpir la entrevista y nos tomamos un descanso, o incluso podemos dejarlo para otro día.

- Ofrecer opciones. Por ejemplo: tal vez haya algunos temas que usted prefiera escribirlos o dibujarlos u otra manera de sacarlos de dentro que no sea necesariamente contárselos a alguien.

2. Ser especialmente cauteloso en cuidar los **elementos generales de una correcta entrevista clínica** (ver tabla). El anexo 2 es una Guía de Elementos Básicos de Entrevista para Promotores de Salud que puede adaptarse y utilizarse para formación.

3. Explorar los elementos negativos y positivos.

Tan importante como ¿Qué ocurrió? ó ¿Cómo le ha afectado?. sería preguntar también por aspectos positivos, colocándole a él en la posición de “persona fuerte” y de “experto” e interrogando de modo indirecto:

- ¿Qué hizo usted para sobrevivir?. ¿Qué podría haber hecho pero en esas circunstancias no era posible realizar?. ¿Qué aconsejaría desde su experiencia y la fortaleza de superviviente, a otra persona que se encontrara en una situación parecida a la suya, si es que es posible aconsejar algo?.

Debe evitarse preguntas directas del tipo ¿Qué aprendió usted de lo ocurrido?, o ¿puede pensar en algún aspecto positivo de lo ocurrido?, que pueden ser una auténtica agresión hacia la persona.

- Del mismo puede preguntarse. ¿se siente usted culpable por algo?, o utilizar un estilo indirecto que abre pie a tácticas de fortalecimiento positivo : “¿Mirando para atrás hay algo de lo que ocurrió por lo que se haya sentido usted o los demás decepcionado o frustrado?”. (no se cuestiona la persona de un modo global, sino se plantea una equivocación circunstancial).

- Buscar aprendizajes pasados: Esto que ha pasado esta vez ¿en qué medida es distinto de todo lo que le había ocurrido hasta ahora?. ¿Por qué las tácticas que suele usar para enfrentarse a problemas graves esta vez no podían lógicamente funcionar?.

- Trabajar la búsqueda de lógica de los hechos y el modo en que quiebra esquemas pasados: ¿Por qué cree que pasó esto?. ¿Se imaginaba usted que estas cosas suceden? ¿Qué perseguía esta persona / institución al hacerle esto?. ¿Cuál era el objetivo?. ¿Cómo podemos contrarrestarlo para que no se salga con la suya?.

- ¿Ha compartido lo que le pasó con alguien?. ¿Cómo se sintió? ¿Cree que fue útil o acabó sintiéndose peor?. ¿Por qué?. ¿Qué le hizo sentirse bien / peor de haber hablado con....?.

- Ahora que hemos hablado un poco de lo que ha ocurrido. ¿Cree usted que necesita ayuda para todos los problemas que han ido saliendo en la conversación o que se trata de reacciones normales que usted irá poco a poco manejando por usted misma?. ¿Cree que puede ser útil poder conversar más en profundidad de todo esto y que trabajemos juntos sobre lo que ocurrió y las consecuencias que ha tenido?. ¿Cuáles serían los objetivos de trabajo que nos podríamos marcar?. ¿Cuál sería la finalidad que piensa que podría tener una terapia?. ¿Cree que es mejor dejar pasar un tiempo y saber que tiene la puerta abierta a conversar en cualquier momento o prefiere concertar ya una próxima entrevista?.

En entrevistas posteriores pueden empezar a introducirse cuestiones que ayudan a resituar la experiencia:

- **Fortalecimiento y aprendizaje:** A pesar de que lo que ocurrió fue algo terrible, demoledor para la mayoría de personas, así y todo, ¿es usted capaz de pensar en algo positivo, por pequeño que sea, que haya habido a partir de esta experiencia?.

- **Explorar la posibilidad de comparación positiva.** Si se compara usted con otras personas que han estado en estas circunstancias, ¿cree que está en una situación mejor o peor que los demás?. ¿En qué sentido?.

- **Explorar la posibilidad de promover elementos de pensamiento optimista.** ¿Lo que ocurrió fue lo peor que le podría haber ocurrido, o desde una cierta perspectiva las cosas podían haber sido incluso peores?. ¿Podríamos decir, aunque suene a ironía, que en algún sentido tuvo suerte?.

- **Explorar las expectativas y preparación al hecho traumático.** ¿Son las cosas tan negativas como usted hubiera imaginado antes de tener que pasar por ello?. ¿Se imaginaba que las cosas eran así?.

- **Explorar cambios vitales positivos.** ¿Hay cosas de las que ahora esté más pendiente en su vida?

Introducir preguntas que expliciten las estrategias de afrontamiento propias que está ya usando la persona:

- **Memorias intrusivas.** ¿Qué es lo que hace cuando le vienen a la memoria recuerdos desagradables?. ¿Cómo intenta enfrentarlos?.
- **Evitación de situaciones.** ¿Hay algunas situaciones que ahora le sean más difíciles de enfrentar que antes?. ¿Cómo se enfrenta a ellas?
- **Problemas afectivos.** Muchas personas en su situación prefieren aislarse y no ver a nadie. Sienten a los demás como extraños, como irreales, en otra dimensión. ¿Ha sentido algo parecido?. ¿Qué hace cuando se siente así?.

En la conversación es importante remarcar los puntos de fortaleza. Por ejemplo: “A pesar de que usted a pasado por.... y por...., ha sido usted capaz de.... y de..... ¿Cómo lo ha logrado?”.

Aprender de las “excepciones”: “Usted me ha dicho que generalmente evita entrar en sitios oscuros, como por ejemplo un cine. ¿Ha habido alguna excepción a esto? ¿Puede recordar una sola excepción?. ¿Por qué aquella vez sí lo consiguió?. ¿Qué pasó ese día?. ¿Cómo se sintió?”

Fijar horizontes positivos: “Si tuviéramos que elegir algo que nos indicara que empieza a estar algo mejor, ¿qué sería?. ¿Qué le haría a usted pensar que empieza a salir de esto?”.

Utilizar consignas breves y claras entre sesiones: ¿Cree que hay algo que si lo tuviéramos apuntado en algún lugar clave o que lo recordáramos de cuando en cuando a lo largo del día o la semana, le ayudaría a ir sintiéndose mejor?. Algo que ahora vé claro, pero que a lo mejor dentro de unas horas ya no lo tiene tanto.

Utilizar modelos de cambio positivo: ¿Puede usted decirme a alguien a quien usted admire especialmente?. Su abuelo, un amigo, alguien conocido... ¿Qué le aconsejaría él en una situación así? ¿Cómo cree que enfrentaría él este problema?. ¿Qué haría?. Cada persona es distinta y lo que sirve para unos no tiene porqué servir para otros, pero ¿Hay algo de eso que podría usted intentar?.

Pensar en ausentes significativos. ¿Si estuviera aquí....., qué le aconsejaría?. ¿Qué pensaría de lo que estamos hablando?. ¿qué le diría seguramente?.

Buscar elementos de prevención de crisis: ¿Puedes darte cuenta de cuando vas a tener un mal día / vas a perder los nervios / vas a sentirte mal contigo misma?. ¿Qué signos te dicen cómo te vas a sentir seguramente?. ¿Cómo podemos evitar que las cosas vayan a más?.

Analizar la proporcionalidad de los síntomas: ¿Cuál es el precio que estas pagando por... ¿¿Crees que es justo que te pase por lo que ocurrió?.

b) Técnicas específicas.

Existen numerosas publicaciones y menos propuestas de las que parece. La mayoría de textos inciden en el tratamiento de síntomas positivos (flashbacks, pesadillas...) a través de exposición, técnica en la que parece haber un acuerdo general respecto a indicación y

eficacia. Hay pocas sugerencias, en cambio, respecto a qué hacer con los síntomas de anestesia emocional e inhibición.

En el anexo 3 hay un esquema clásico de corte cognitivo-conductual propuesto por Scott y Stradling (1992) y en el anexo 3 un esquema de tratamiento de corte narrativo - constructivista. Pueden encontrarse varios muy similares en otros textos y artículos.

Exposición con prevención de respuesta. Para Foa⁵⁰, máxima impulsora de las investigaciones con esta técnica, el origen de los síntomas post-traumáticos y su perpetuación radica no tanto en la evitación de estímulos que recuerden el hecho traumático como en la evitación *del recuerdo del trauma*. Es decir, la persona va y viene *alrededor de* pero evitando concentrarse en el *hecho en sí*, por lo que la ansiedad se mantiene en el tiempo. La exposición se hace por tanto, en imaginación, concentrándose de manera detenida en las imágenes, sensaciones, sentimientos o creencias que provocan mayores niveles de ansiedad hasta conseguir que esta disminuya. Más adelante insistimos más en sus fundamentos y desarrollo. En el anexo 5 se incluye el manual protocolizado, detallado, paso a paso, que emplea el equipo de Edna Foa para aplicar esta técnica.

5. Tratamientos grupales.

Esta sección será detallada pormenorizadamente en el módulo específico sobre Técnicas y Dinámicas de Grupo.

6. Otros tratamientos psicoterápicos.

- **. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMD/R).** (Shapiro F⁵¹⁻⁵², 1989a, 1989b, Shapiro F, 1995⁵³). Se trata de una técnica introducida a finales de los ochenta y reputada como de eficacia casi milagrosa en la resolución de los síntomas de estrés post-traumático. En el anexo 4 se resume la técnica. Puede observarse como no es más que una forma algo modificada de exposición en imaginación con prevención de respuesta combinado con autoafirmaciones positivas^p.
- **Técnicas Gestálticas.** (Scurfield⁵⁴ RM et al, 1990). Se ha descrito especialmente el uso de la **silla vacía** con múltiples variantes según el contexto y el problema:
 - Se le pide a la persona que imagine que es ella misma pero más joven quien está sentada en la silla en casos de abuso sexual en la infancia. Se le pide que le hable al niño y que intente ayudarlo a que tenga una perspectiva distinta de lo ocurrido. (¿Qué le ocurre? ¿Por qué llora?, ¿Qué ha pasado? ¿Cómo se siente?, ¿Cómo le puede ayudar?)

^p Gran parte del éxito de la EMD/R se deba probablemente a la enorme maniobra de marketing generada alrededor, con más de cincuenta libros publicados alrededor de esta técnica supuestamente revolucionaria, diversos *manuales* elaborados por ella o gente que trabaja para ella en la que se narran los éxitos y las muchas aplicaciones pero nunca se llegan a dar todos los detalles de cómo aplicar el método, y una formación con una titulación exclusiva dada en el instituto privado de la Dra Shapiro a precios prohibitivos en la que es necesario firmar un papel previo al inicio comprometiéndose a no enseñar la técnica a terceros y a estar bajo *supervisión*, pudiendo ser retirada la acreditación si la doctora lo considera adecuado. En el anexo 3 describimos como aplicar la técnica.

- Que la persona hable con la otra mitad de sí mismo (una mitad protectora, frente a otra que se daña a sí mismo).
 - Diálogo con algún familiar significativo que no estuvo en aquel momento para apoyar o que culpabilizó posteriormente a la persona con su actitud o algún comentario.
- **Utilización de ceremonias y rituales.**
 - **Terapia por el arte.** Música, pintura, danza etc han sido utilizados como vehículo indirecto de expresión de contenidos traumáticos que han podido posteriormente ser elaborados en grupo.

7. Farmacoterapia.

Se han postulado numerosos tratamientos sintomáticos que en general se han mostrado efectivos en reducir las pesadillas y el insomnio, los pensamientos intrusivos y rememoraciones, la tensión muscular y las respuestas de alarma. Hay una menor eficacia en lo tocante a los síntomas de anhedonia y anestesia emocional y en las explosiones de violencia y agresividad inmotivada. En general los antidepresivos tricíclicos e IMAOS tienen un efecto moderado sobre la hiperactivación, las experiencias intrusivas y pesadillas y alivia la depresión. Son poco eficaces sobre la anestesia emocional y el estrechamiento cognitivo. El propranolol, las benzodiacepinas y la carbamacepina parecen ser útiles en síntomas intrusivos y de arousal. El Litio es un buen modulador del afecto y ayuda a controlar la irritabilidad y las respuestas agresivas. La literatura postula a los ISRS como los fármacos más efectivos y la Fluoxetina⁵⁵ y la Sertralina tienen reconocidas de modo específico esta indicación. Los ISRS parecen ser útiles tanto para los síntomas intrusivos como para los de anestesia emocional, así como en disminuir la impulsividad, rabia y fijación obsesiva con el trauma y serían el tratamiento de elección allí donde haya dinero para pagar su alto costo, es decir, en el Norte o en programas que dependan de organizaciones del Norte⁹. Ahora bien, la experiencia muestra que cualquier fármaco con perfil sedante (incluyendo benzodiacepinas (diacepán), antidepresivos (clorimipramina, imipramina) neurolépticos a dosis mínimas) tiene un efecto extraordinariamente beneficioso y reduce en pocos días los síntomas más angustiantes por lo que es posible hacer también buenas intervenciones farmacológicas con muy escasos recursos económicos.

La intervención psicofarmacológica se trata, en muchas ocasiones, de una intervención mínima necesaria y suficiente y de una eficiencia importante.

⁹ Cabe citar a la Fluvoxamina como un ISRS notoriamente más económico.

Resumen y conclusiones.

Existen múltiples consecuencias de los hechos traumáticos que requieren de un tratamiento multimodal que, desde una perspectiva amplia, sepa combinar elementos de carácter psicosocial y comunitario, con elementos de intervención familiar y técnicas clínicas de trabajo individual.

Se han repasado aquí estas últimas técnicas. Parece que la utilización del testimonio y los modelos de base narrativo-construccionista, complementado con farmacoterapia y técnicas sintomáticas y en especial la exposición con prevención de respuesta, constituye, hoy por hoy, la mejor combinación de estrategias terapéuticas individuales.

El reto está en conseguir un cambio del énfasis en las consecuencias negativas del impacto traumático hacia aquellos factores que disminuyen la vulnerabilidad de las personas y refuerzan los recursos de afrontamiento y resistencia.

Anexo 1. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SEGÚN EL DSM-IV

A . **La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático** en el que han existido (1) y (2):

- 1 . La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
- 2 . La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. **Nota** : En los niños estas respuestas pueden expresarse mediante comportamientos desestructurados o agitados.

B . **El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente** a través de una (o más) de las siguientes formas:

- 1 Gran malestar y síntomas intrusivos entre los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. (Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse mediante juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma).
- 2 Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. (Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible).
- 3 El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (lo que incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluidos los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). (Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico).
- 4 Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- 5 Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C . **Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento** de la reactividad general del individuo (ausentes antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

- 1 . Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- 2 . Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
- 3 . Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- 4 . Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
- 5 . Sensación de un futuro desolador (p. ej., no esperar obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D . Síntomas persistentes de un **aumento de la activación (*arousal*)** (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- 1 . Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
- 2 . Irritabilidad o ataques de ira.
- 3 . Dificultades para concentrarse.
- 4 . Hipervigilancia.
- 5 . Respuestas exageradas de sobresalto.

E . Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F . Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar : Agudo : si los síntomas duran menos de 3 meses. Crónico : si los síntomas duran 3 meses o más.
De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Anexo 2.

Guía de Aconsejamiento y Escucha Activa para promotores de salud^r.

La Escucha Activa y el Aconsejamiento son tareas esenciales para todo profesional de la salud. Saber escuchar es responsabilidad de todos desde una perspectiva que entiende la salud –tal y como dice la Organización Mundial de la Salud- no sólo como la ausencia de enfermedad sino como el bienestar físico, psicológico y de relación con los demás de cada persona.

La Escucha Activa es un conjunto de técnicas que requieren de un entrenamiento y de una actuación rigurosa. Estas técnicas son las que distinguen a una escucha terapéutica de lo que hace un familiar o un amigo. Ambas son necesarias y complementarias, pero mientras de un amigo se espera una opinión y un consejo –que luego se seguirá o no -, nuestra tarea es muy distinta, y consiste en ayudar al propio proceso de la persona.

El Aconsejamiento y la Escucha Activa podrían consistir entre otros aspectos, en las siguientes normas básicas:

1. **PARTIR DE CERO.** Al iniciar el acompañamiento dejar a un lado nuestras primeras impresiones de la persona. No prejuizarla y poder dejar “la mente disponible”. No dejarnos influir por el modo en que viste, cómo entró en la consulta o la habitación o las cosas que ya sabemos sobre él o ella porque otros nos hayan contado.
2. Tener una **ACTITUD CORPORAL** que facilite la comunicación: Es importante aprender a controlar nuestra expresividad corporal, todo lo que sentimos se transmite a través de nuestra postura, gestos, etc...y llega a la otra persona. Es muy importante el concepto de Cuerpo “abierto” :
 - Orientado hacia la persona, cuidando que lo primero que se vea de nosotros sean brazos y/o piernas cruzadas.
 - Cuerpo hacia delante, acercándose al otro, mejor que hacia atrás, alejándose.
 - Cuerpo de frente, cara a cara, mejor que de lado, como colocando una barrera.
 - Actitud de comprensión
 - Contacto con la vista como signo de aceptación y de escucha.
 - No rehuir en ciertos momentos el contacto físico con las manos (manos en el hombro o tomando las manos del otro), aunque con prudencia. Un contacto

^r Elaboramos esta guía para talleres de capacitación con promotores de salud y parteras en la zona de Chiapas (Mexico). Se enfatizaba que seguía los procedimientos de entrevista de la psicología y la psiquiatría, pero que los sanadores tradicionales podían utilizar otras técnicas y formas de entrevista tan o más útiles o válidas. El contenido puede probablemente adaptarse a otros contextos y destinatarios.

prematureo o a destiempo es vivido como una invasión del espacio personal y en una persona deprimida puede generar rechazo.

- Dar signos de atención (afirmar con la cabeza, con la mirada, alguna anotación, alguna expresión verbal), que animen a la persona a sentirse cómoda hablando.
 - No hacer otras cosas al mismo tiempo (toda la atención debe dirigirse a la persona que apoyamos)
3. SABER CALLAR: Aguantar el silencio, la información angustiante y el dolor de la otra persona sin ponernos nerviosos, aguantar el horror. No pensar que “hay que decir algo” porque los comentarios obvios (“la vida es así” “lo importante es que estás viva” “ya se sabe” “hay que tener resignación” “a todos nos toca algún día”) le sientan mal a la persona. Callar y no decir frases hechas. Hay que hablar lo menos posible. Se puede hacer alguna pregunta si la persona queda bloqueada o repetir algunas ideas que ha dicho la persona como una manera de ayudarle a que siga.
4. FACILITAR LA EXPRESIÓN DE LAS EMOCIONES SIN PERMITIR EL DESCONTROL..
- Si la persona parece que va a llorar, dejarla que lo haga : “Llora si quieres. Es normal. No pasa nada. Llorar sirve para aliviar la pena”. Si la persona parece que se va a desbordar, cambiar entonces de tema para evitar que eso ocurra. Si empezara a gritar o a tirarse al suelo, entonces intentar conservar la calma, hablar en un tono de voz tranquilo y suave y dejar que pase la crisis.
 - Si la persona se muestra verbal agresiva, facilitar la expresión de su enojo procurando que no se desborde. Es importante separar la queja (“Me hizo esperar una hora fuera”) del modo en que se hace, y atender del modo más amable el motivo de queja (“Disculpe, tiene razón, se me complicó la mañana con un paciente grave”) sin dejarse arrastrar por la agresividad del otro (“usted no es nadie para hablarme así. Si no le gusta búsquese otro centro”).
 - En el caso de un niño que realiza actos agresivos (romper objetos, golpear a otro niño o al terapeuta), es bueno enseñarle a autocontrolarse. Golpear no descarga la ira. Puede dejarse al niño sólo en una habitación hasta que se controle, o contenerle corporalmente (sin agresividad y sin gritarle, sólo conteniéndole).
5. NO TENER MIEDO A PREGUNTAR. Tenemos la posibilidad de preguntar a la otra persona todas aquellas cosas que creemos son importantes, y siempre con el adecuado respeto a la persona, pero no hay que tener miedo a preguntar. Así, por ejemplo :
- Si pensamos que tal vez la persona se quiere matar, es mejor preguntarle directamente, y preguntarle incluso que cómo lo haría, antes de callarse por pudor o por pensar que quizás le estemos dando ideas. Quien pensó en matarse encuentra un gran alivio en que le pregunten directamente sobre ello. Y raramente alguien a quien

nunca se le ocurrió la idea, de pronto con nuestra pregunta va a pensar en ello. Es mejor no quedarse nunca con dudas y preguntarlo si lo creemos adecuado.

- Si alguien comenta que tienen dificultades en áreas muy personales (por ejemplo, temas sexuales) preguntar de modo adecuado todos los aspectos que sean pertinentes (frecuencia o no de relaciones, grado de satisfacción, otras parejas, actividades de masturbación....). Aunque podamos sentir pena al preguntarlo, es parte de nuestra tarea para poder ayudar al otro.

6. ACLARAR y ORDENAR las ideas para resolver la confusión pero NO decir nunca lo que el otro debe hacer porque en ese caso :
 - si no lo hace nos sentimos decepcionados
 - si no lo hace tal vez siente que el promotor le va a regañar y no vuelve. Le perdemos

Hay que intentar ayudar a la persona a que ordene los argumentos e ideas a favor y en contra . En este proceso es bueno :

- Ayudarle a recordar otros momentos difíciles, aunque no se parezcan a la situación actual, y lo que hizo para afrontarlo.
- Sugerirle ideas que puedan facilitar algunas de las cosas que él ha enumerado.
- Pensar en que es posible simplemente esperar a tener más información, si es que el problema lo permite. Animar a buscar esa información.
- Sugerir técnicas de negociación en los conflictos que la persona puede tener.
- Ayudarle a buscar recursos positivos a su alrededor en los que no había reparado (familia, amigos....)

Es importante saber AGUANTAR para NO DAR NUESTRA SOLUCIÓN (tomar partido) si realmente queremos ayudar a la persona.

7. SABER ESPERAR. Tal vez el consejo que damos a la persona es bueno, pero el momento no es el mejor para que nos escuche. Puede que considere que no tiene ningún problema, o que él puede controlar sólo la situación. Si empezamos a darle consejos no va a volver, porque no quiere cambiar. Si es así, debemos sólo “acompañarle”, dándole información que le ayude a pensar, pero sin pedirle que cambie aún nada. Un buen terapeuta es como un agricultor que sabe escoger el momento oportuno, que la fruta esté madura. El terapeuta impaciente quiere que después de platicar una vez con la persona esta ya cambie y resuelva su problema.
8. ACEPTAR SIN JUZGAR. La persona que apoya debe poder mostrar al otro una aceptación incondicional, sin emitir juicios de valor sobre su comportamiento, tener una disponibilidad mental y corporal hacia la otra persona para poder comprender su situación, evitando que interfieran sus propios sentimientos o pensamientos.

La persona que está dando apoyo debe dar información para la salud y consejos de lo que es bueno o no en ese sentido, pero sin hacer juicios morales. Así, por ejemplo:

- No regañar a una persona porque bebe, sino explicarle que se ha visto en otras personas que eso provoca daño en diferentes partes del cuerpo y que por tanto tal vez el alcohol le está dañando a él. Comentar que quizás tenga problemas con su familia o en el trabajo, pero sin que en el tono o el modo parezca que se le está echando nada en cara.
 - No acusar a un hombre que sabemos que golpea a su mujer sino preguntarle por qué lo hace, trabajando con él cómo poder cambiar entre los dos esas actitudes y conductas..
 - No responder a alguien violento o grosero echándole de la consulta, sino escuchar su queja y desarmarla.
 - Lo importante es que queremos ayudar y para eso no hay que juzgar a los pacientes como lo hace por ejemplo un sacerdote sino trabajar con ellos, guardándonos nuestra opinión que por supuesto tenemos, pero que no debemos dejar que se trasluzca.
9. Animar a la persona a que **HAGA PEQUEÑOS CAMBIOS EN SU CONDUCTA**. Plantearle pequeños retos que pueda intentar cumplir : salir más de casa y platicar con los vecinos, trabajar una horas al día, beber un poco menos, hacer diez minutos al día de relajación.... Romper la espiral de la tristeza o del miedo con cambios pequeñitos y progresivos en las costumbres de la persona.
10. **NO HAY RECETAS**. La escucha activa trata de acompañar a la persona en su proceso para que ella misma encuentre “la mejor solución”, lo que siempre es muy personal. Aunque la problemática que nos plantea sea muy frecuente en el contexto en el que trabajamos, no hay que olvidar que “no hay recetas” y lo que sirve a uno/a no necesariamente es lo mejor para otro/a. No todas las mujeres maltratadas tienen que separarse ni todas las personas con miedo a los autobuses obligarse a sí mismas a tomarlos para superar el miedo ni el DIU es el mejor método anticonceptivo para todas las mujeres.
11. Pedir a la **FAMILIA** y a los **AMIGOS** :
- respeto cuando la persona quiera estar sola.
 - compañía el resto de ocasiones.
 - que la animen a hacer cosas poco a poco sin forzarla y a que participe en las cosas de la comunidad.
12. **APRENDER DE LOS DEMAS SOBRE NOSOTROS MISMOS** para poder separar las cuestiones personales y no poner en el otro cosas nuestras. Cuando sentimos que el problema que nos cuenta la otra persona es similar a algo que hemos vivido nosotros, hay que ser cuidadoso para no dejarse influir por nuestros propios problemas personales. Cuando un caso nos mueve mucho, esto ocurre probablemente porque nos hemos identificado, es decir, algo de la situación de la persona nos ha llegado, nos vemos en la otra persona. Y en este momento perderíamos la capacidad de apoyar si no

fuéramos capaces de separar las cosas y mantenernos en nuestra función de aclarar y ordenar ideas.

Así, por ejemplo, un terapeuta que haya tenido varios fracasos afectivos con mujeres, debería intentar no traslucir una visión desencantada de las relaciones de pareja y animar –quizás sin darse cuenta e ello- a que al menor problema las parejas se separen. Debería poder darse cuenta de esto y reflexionar él mismo sobre su propia conflictiva.

13. NUNCA DEBEMOS CONTAR a nadie aquello que se habló. La CONFIDENCIALIDAD y la INTIMIDAD son básicas para que la persona/grupo/comunidad confíe en nosotros y nos respete.

Anexo 3.

MODELO DE TERAPIA COGNITIVO – CONDUCTUAL DE LOS SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

. El objetivo de la terapia cognitiva –a diferencia de los enfoques narrativo construccionistas que veremos más adelante- no es hacer que la persona tenga 'pensamientos positivos', sino que sus pensamientos no sean sesgados en un sentido destructivo. Es un tipo de terapia orientada al problema, activa y directiva, planteando preguntas que cuestionen de manera crítica los pensamientos de la persona. La táctica es la de invitar a la persona a que se cuestione sus pensamientos, y que ponga a prueba a través de tareas en casa algunos de las asunciones que se le ponen en cuestión. Se trata de una investigación en colaboración. Los pensamientos negativos pasan a ser hipótesis que hay que poner a prueba (por ejemplo, “si salgo de casa me va a ocurrir algo terrible”, ¿es cierto?, ¿Podemos hacer el experimento y ver qué ocurre si intento llegar hasta la panadería solo?)).

En este modelo las sesiones deben ser de 'trabajo' y en general debe evitarse que el terapeuta sea una esponja de las experiencias negativas de lo ocurrido desde la última sesión o de recuerdos que se vayan evocando poco a poco, como se potencia en otro tipo de terapias. Debe haber: (1) Orden del día, fijado, en general, en la sesión anterior, (2) asignación de tareas que deben repasarse conjuntamente durante la sesión de psicoterapia, (3) si hay alguna novedad relevante a comentar sucedida últimamente, debe ser siempre reinterpretándola en el marco de las nuevas atribuciones que se están trabajando.

. Las técnicas a las que puede recurrirse son, según Scott y Stradling²¹:

1) Pensamientos o imágenes intrusivas. Suelen recomendarse uno o más de las siguientes estrategias:

1.1.Estrategias de contención. Los estudios con pacientes obsesivos muestran que cuanto más se intenta no pensar en algo, peor. porque se provoca un efecto rebote. El ejemplo clásico es que si a alguien se le dice que intente no pensar en elefantes de color rosa, va a empezar a pensar en ellos. Es más útil, en consecuencia:

(1) No intentar bloquearlos, sino 'dejarlos pasar'. *Saludarlos* mentalmente y verlos alejarse.

(2) Explicar al paciente que se proponga ver un '*vídeo mental*' de los hechos traumáticos durante la noche. Cualquier situación conflictiva durante el día será remitida a ese espacio especial de la noche, evitando estar todo el día bloqueado por las imágenes intrusivas.

(3) Técnicas de detención de pensamiento: uso de una banda de goma en la muñeca o gritar mentalmente '¡basta!' para detener una cadena de pensamiento rumiativo angustiador.

1.2.Exposición – Inundación – Inoculación - Desensibilización al trauma. [Según escuelas y autores se da un nombre u otro aunque son todo variaciones sobre el mismo tema: exponer a la persona al estímulo evitado. Cambia el modo de presentar el estímulo (en imaginación o en vivo) la intensidad de la presentación (jerárquica y gradual o de una sola vez) y el contexto (con o sin relajación previa, posterior o intercalada), pero el núcleo es el mismo: exponer el material traumático el tiempo suficiente para que disminuyan las respuestas emocionales de pánico y dolor asociadas a él. Los estudios comparativos no han demostrado que haya un protocolo mejor que otro, así que desde lo más radical (por ejemplo Marks en exposición in-vivo sin relajación ni graduación) hasta lo más lento (por ejemplo Wolpe con relajación constante en cuanto suben los niveles de ansiedad e introducción lenta y jerárquica de estímulos), si hay exposición, hay mejoría. Será las demandas y la personalidad del paciente y por supuesto la propia personalidad del terapeuta los que determinen el subtipo de técnica de exposición a material traumático.

Como regla general si puede afirmarse que los modelos de exposición más rápidos e intensivos no tienen porque ser más dolorosos (el ejemplo que uno suele poner es el de arrancar un esparadrapo de un tirón o poco a poco) pero si requieren que haya un buen conocimiento mutuo y una alianza terapéutica que funcione adecuadamente y sea fuerte, y en general debería reservarse a casos en que las otras estrategias hayan fallado. No es adecuado utilizarlo con memorias traumáticas en pacientes a los que apenas conocemos o no estamos en condiciones de garantizar la continuidad y finalización adecuada del tratamiento.

Un modo intermedio de exposición es grabar una cinta de 10 a 15 minutos con una descripción detallada de los hechos que vuelven de manera recurrente a la mente y escucharla repetidas veces. La sesión no debe darse por finalizada hasta que no haya una disminución significativa de los niveles de ansiedad y la persona esté en condiciones de irse a casa tranquila. Los estudios estudiando respuesta neurofisiológica en la terapia de exposición (Foa y otros) muestran que la desensibilización ideal se consigue con la exposición a niveles intermedios de estrés. Ni en el pánico ni los niveles excesivamente bajos son útiles. Si nos acercamos al pánico durante una sesión es más útil parar y enseñar la aplicación de una técnica de manejo del mismo. Puede trabajarse con técnicas de relajación de cualquier tipo, o simplemente a través del ritmo respiratorio (mano en el estómago, inspirar contando hasta 4, espirar contando hasta 6).

Hay pacientes que van a protestar porque llevan tiempo evitando el trauma y van a rechazar la idea de grabarlo o de volver sobre él repetidas veces. Una explicación clásica que el paciente acepta bien y le estimula a implicarse es que es como la rehabilitación de una fractura. Es necesario que al principio duela para que a medio término no duela y se recupere la función.

Pese a lo que puedan postular las técnicas *milagrosas* de exposición –como la EMDR-, los resultados positivos no aparecen sino hasta las 2 o 3 semanas.

Otra manera de hacer la exposición es escribir sobre el trauma durante al menos media hora al día durante 4 días consecutivos.

1.3. Restructuración cognitiva: tener una percepción adecuada del trauma. Lo importante es tener una visión realista y no colocar filtros a los aspectos no negativos. Por ejemplo, acordarse de las vidas que se salvaron, en lugar de la que se perdió; de los días que se aguantó en la cárcel, en lugar del día en que se cedió a la humillación. La técnica de Entrenamiento en Auto-Instrucciones de Meichenbaum (ver más adelante) consiste en ayudar a que la persona detecte aquellos pensamientos que la angustian y le provocan distrés y elaborar juntos pensamientos positivos que los sustituyan, de tal modo que cuando venga uno, se pueda alegrar el otro.

1.4. Balancear los pensamientos. Consiste en hacer una lista de las cosas positivas que le han pasado a la persona, de tal modo que por cada recuerdo negativo se pueda contrarrestar con al menos un recuerdo positivo. Por ejemplo, en el caso de un detenido - desaparecido, acordarse de las tardes en que de niños eran felices, para contrarrestar la idea intrusiva obsesionante durante años de quien sabe donde puede estar.

2) Reacciones de Evitación.

2.1. Exposición – Desensibilización - Inoculación de la situación temida. Igual que con las imágenes traumáticas, solo que en esta ocasión se trata de situaciones evitadas. Se trata de hacer una lista, puntuarla unidades de discomfort (SUDS) e ir paso a paso avanzando en la escala., siempre enfocándolo como una serie de mini experimentos que buscan confirmar o rechazar las hipótesis.

2.2 Reestructuración cognitiva. Se trata de ir cuestionando las afirmaciones de la persona en el mismo modo en que se hace en las terapias de reestructuración para otros trastornos. Por ejemplo, ante la afirmación 'Es mejor no meterse en nada porque siempre lo engañan a uno', la pregunta sería: '¿Está usted seguro que SIEMPRE le engañan a uno o a veces no?'. Y plantearse quizás una estrategia de puesta a prueba de esa hipótesis.

El tipo de pensamientos que se combaten serían los clásicos del modelo de Beck :

- * Pensamiento TODO/NADA. ('No controlo nada de lo que me pasa').
- * Sobregeneralización. ('Todos me dieron la espalda').
- * Filtro selectivo de hechos negativos ('Si hubiera estado allí tal vez no habría pasado nada...').
- * Eliminar los aspectos positivos ('La familia se unió y reaccionó en bloque ante la agresión').
- * Asumir el pensamiento de otros ('Todos piensan que yo tuve la culpa...').
- * Magnificación ('Desde lo que ocurrió me enfermé y no he podido volver a recuperarme más').
- * Pensamiento emocional ('Desde lo que pasó, me asustó de mi propia sombra, me he vuelto cobarde y no tengo valor para nada').
- * Pensamientos tipo DEBO ('Debo ser fuerte y no llorar nunca delante de los demás').
- * Etiquetado. ('Soy una persona debil' 'No tengo energía para nada' 'Soy un desastre').
- * Personalización. Asumir que porque algo fue mal, es mi culpa.

En este mismo sentido podría aplicarse el modelo ABC (Antecedentes – Creencias – Consecuencias o Antecedentes – Conductas – Consecuencias según lo que se esté trabajando) según el modelo de la terapia racional-emotiva buscando hacer consciente la relación entre creencias irracionales y conductas disfuncionales y la necesidad de romper esa espiral cambiando las conductas (la teoría de la disonancia cognitiva sugiere experimentalmente que los cambios de conducta (C) acaban generando cambios en las creencias (B) y racionalizaciones. Visto a la inversa, los cambios de creencias no llevan a una mejoría terapéutica definitiva mientras no se acompañen de cambios en las conductas.

2.3. Resolver los problemas cotidianos que impiden volver a la normalidad aplicando cualquier modelo de técnicas de resolución de problemas. En este sentido se suele evitar las sesiones de quejas continuas, y utilizar un sentido del humor respetuoso (y por tanto modelar en el uso del sentido del humor) con las personas que viven instaladas en el dolor. Hablar de soluciones más que de problemas y de posibles cambios más que de quejas.

Anexo 4. EMD/R.

TRATAMIENTO DE IMÁGENES, PESAMIENTOS Y MEMORIAS TRAUMATICAS.

EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMD/R).

Resumen de la técnica.

Fase 1. Proceso de evaluación Pre-Tratamiento.

Tras recoger los datos más relevantes respecto al hecho(s) traumático(s) paciente y terapeuta seleccionan el estímulo traumático a tratar (una imagen, una pesadilla que se repite, flashbacks, situación evitada de modo repetido...).

A continuación en una hoja se refleja:

- a) Imagen traumática.
- b) SUDS (Unidades Subjetivas de Discomfort) expresados de 1 a 10 (la paciente puntúa de 1 a 10 que tan ansioso le pone la imagen, siendo 1 una leve ansiedad, 5 una ansiedad importante y 10 el pánico absoluto y la necesidad de dejar de pensar en ello inmediatamente).
- c) Sensaciones corporales asociadas a la imagen.
- d) Pensamiento automático asociado a la imagen.

Por ejemplo en una persona que fue víctima de un bombardeo, la imagen puede ser la destrucción de una casa cercana en la que había gente, las SUDS 10, las sensaciones corporales “estómago encogido y temblores en todo el cuerpo” y el pensamiento “estoy aterrorizado”.

Fase 2. Visualización.

A la paciente se le va a pedir que realice diversas visualizaciones de la imagen traumática al mismo tiempo que mira el dedo del terapeuta. Este, sostiene su dedo índice en posición vertical delante de la cara de la persona, a unos 30-40 centímetros, y lo mueve de derecha a izquierda a una velocidad de entre uno y dos movimientos por segundo. La persona ha de seguir con la vista el dedo al mismo tiempo que visualiza la imagen.

Fase 2.1. La persona se concentra y visualiza la imagen al mismo tiempo que se repite el pensamiento negativo dominante. Con esta imagen y pensamiento se realizan 3 ó 4 tandas de 12 pasadas cada una.

Tras esto se puntúan nuevamente las SUDS y se comentan las sensaciones.

Fase 2.2. La persona visualiza nuevamente la situación traumática y se concentra en la sensación corporal negativa, pero esta vez repite una frase positiva alternativa sugerida por el terapeuta y que debe pensarse para cada caso y persona. Algunas sugerencias podrían ser:

- “No pude hacer nada”/ “Hice todo lo posible”
- “Ahora soy más valiente”
- “No fue culpa mía”
- “Puedo superarlo”
- “No hay peligro, hay muy pocas probabilidades de que me pase algo”
- “El azar es así y hay que contar con él”.

Se hacen el mismo número de tandas.

Fase 2.3. Descanso. Mente en blanco. Respirar profundo.

Se recupera de nuevo la imagen y el pensamiento negativos y se reevalúan (a) las SUDS, (b) El grado de convicción en el pensamiento alternativo (de 1 a 10).

Se pasa nuevamente a la Fase 2.2. y se evalúa nuevamente.

Si a las 2 repeticiones el método falla y la ansiedad no disminuye, lo que ocurre es probablemente que no hay una buena sincronización-adequación entre imagen y cognición-emociones. Otra posibilidad es que un nuevo sentimiento haya reemplazado al anterior (por ejemplo de la vergüenza se haya pasado a la tristeza). En este caso habrá que repetir el proceso con el nuevo sentimiento.

En caso de que las SUDS permanezcan igual, es decir, elevadas, pero pueda identificarse nítidamente una sensación corporal (por ejemplo nudo en el estómago), puede trabajarse el concentrarse en esta sensación y repetir el proceso. Cuando desaparezca la sensación corporal atacar entonces la imagen.

Todo el conjunto de la sesión dura alrededor de una hora y media. Pueden requerirse de 2 a 3 sesiones para un caso complejo.

En uno de sus trabajos la autora narra un caso especialmente difícil en el que se realizan varias tandas con una imagen traumática sin que haya mejoría. La terapeuta le pide al paciente que se concentre y que describa qué es lo que ve. Recuerda entonces un episodio traumático muy anterior, con 3 ó 4 años de edad, siente náuseas, tiembla... Son necesarias varias sesiones con el antiguo episodio hasta que este se diluye, tras lo que vuelven a la actual situación traumática y tras 45 tandas consiguen que las SUDS bajen. Se introduce la frase positiva. En la siguiente sesión el paciente explica que ha pasado una semana muy mala y que se siente mal. A partir de los comentarios, se refuerza con varias tandas cambiando la frase positiva por otra que parece más adecuada a las necesidades de la persona.

Cuando hay riesgo de que la situación se repita es importante introducir una frase reaseguradora, del tipo: “Puedo superarlo, ya no tengo miedo”, “Si vuelve a ocurrir, sabré qué hacer....”.

Guía elaborada a partir de:

Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols and procedures. 1995. The Guilford Press.

Junto a:

- Estudios especialmente favorables a la técnica y que defienden su superioridad sobre otras: Kleinknecht⁵⁶ RA (1993), Macculloch⁵⁷ M.J., Feldman P. (1996), Young⁵⁸ W.C. (1995).
- Visiones críticas de la técnica en: Hyer⁵⁹ L and Brandsma J. (1997), Frank⁶⁰ T, Smith E.(1994), Metter⁶¹ J., Michelson L.K. (1993). La mayoría de éstos trabajos críticos inciden en que la técnica no muestra más eficacia que la exposición simple y se trataría de una variación de la misma en la que los movimientos oculares sólo constituirían un accesorio de utilidad no demostrada. Desde esta perspectiva es igualmente útil el realizar movimientos de *tapping* con las manos sobre las rodillas o el fijar la vista en algún punto fijo de la pared.
- Técnica conceptualmente similar, aunque con menos parafernalia y pretenciosidad y perspectivas más ajustadas en .Ochberg⁶² F.M. (1996)

Anexo 5. Modelo Narrativo – Construccinista

El protocolo de tratamiento que sigue el modelo Narrativo - Construccinista de Meichenbaum²⁴ se desarrolla en 9 fases o niveles:

Fase 1. Educar al paciente respecto a qué es el Trastorno de Estrés Post-traumático y respecto a las condiciones necesarias en el proceso de recuperación.

A través de un método Socrático o inductivo. El objetivo es normalizar y legitimizar las reacciones traumáticas del paciente. Tras escuchar una narración detallada y abierta de la *historia* traumática (en el sentido de recuento personal subjetivo de los hechos, no de “búsqueda de la verdad”), el terapeuta ayuda al paciente a reconceptualizar sus síntomas reinterpretándolos como **signos de recuperación**. Se trata de respuestas, muchas de ellas de base biológica, que su cuerpo desarrolla para intentar adaptarse a la situación traumática vivida y son, en consecuencia, intentos espontáneos de recuperación. Se pretende introducir, junto a la información respecto al trastorno y sus bases psicobiológicas, un sentido de esperanza y dotar de significado a lo que le ocurre al paciente que le permita construir una *nueva narrativa* de sus síntomas basada en lo positivo (síntomas de recuperación) en lugar de lo negativo (síntomas de lesión / daño). Así, los pensamientos intrusivos, la negación, la anestesia emocional, las pesadillas o rememoraciones, las reacciones de alarma, las autoacusaciones etc pueden verse como manifestaciones del instinto de afrontamiento y de supervivencia de todas las personas.

1.a. Normalizar las reacciones. Después de escuchar la historia, reconocer y expresar la gravedad de los hechos. Explicar que los hechos traumáticos graves pueden producir síntomas *en la gran mayoría* de personas. No es la única persona a la que le ocurren éstas cosas. Se trata de una respuesta normal ante una situación anormal. Es bueno usar la expresión *Reacción* Post-Traumática en lugar de Trastorno de Estrés Post-traumático para evitar patologizar la realidad.

Es así mismo normal tener miedo ante una situación amenazante. Pretender no tener miedo es irreal. El miedo, además, puede ser protector. En consecuencia no tiene sentido sentirse “diferente”, “inferior” o “débil”. Esto es comprensible, pero injusto.

De modo análogo que ante un golpe aparece una lesión en un cuerpo, también es “normal” y aceptable tener heridas psicológicas que requieren análogamente de un proceso de tratamiento y recuperación.

1.b. Dar una perspectiva biopsicosocial del TEPT. Puede ser dar algún material sencillo de lectura (algún folleto o tríptico adaptado al hecho y la cultura) y discutirlo después.

- Puede hacerse una lista de síntomas clave y pedir al paciente que haga un autregistro de los mismos que favorezca la detección tanto de los elementos que los disparan como de los síntomas que aparecen. Esto aumenta la sensación de estar tomando el control de la situación. Además de los síntomas más obvios (pesadillas, flashbacks, aislamiento...) es importante discutir la tendencia a buscar situaciones de reexperimentación del

trauma (recuerdos, rumiaciones...). Poner etiquetas de *ir por casa* a las cosas, a ser posible a sugerencia del paciente.

- Comentar el riesgo de utilizar el alcohol o las drogas para reducir la angustia o los síntomas intrusivos.

1.c. Dar un nuevo marco de comprensión que parta de una visión positiva, como signos de los intentos de curación del propio cuerpo. Este proceso de *reformulación* no debe realizarse de modo excesivamente temprano en la terapia, sin haber dado suficiente tiempo a que la persona narre pormenorizadamente los hechos, porque este podría interpretar la reformulación como que no se considera grave lo que le ocurre. Algunas ideas pueden ser:

- Síntomas intrusivos (flashbacks, pesadillas, rumiaciones egodistónicas) como un intento de *dar sentido a la experiencia*, como un intento del cerebro de asimilar lo ocurrido y metabolizarlo y como un intento por no olvidar a las personas o las cosas que se han perdido en lo ocurrido. Utilizar siempre un cierto estilo detectivesco: “Ayúdame a entender cómo hizo frente la gente a lo que ocurrió”, “¿Qué cosas extraordinarias, que intentos por sobrevivir se vieron / realizó usted?”
- Los síntomas de anestesia emocional, de despersonalización o de extrañeza pueden ser reinterpretados como intentos de la mente por *desconectar para poder poner un poco de distancia* y darse un tiempo de recuperación. “Negar” la realidad es un modo de intentar digerir las cosas poco a poco y no enfrentarlas todas de golpe de un modo abrumador. Evitar las situaciones es un modo de protegerse y de permitirse ir posteriormente afrontando las cosas paso a paso en el momento en que esto sea posible. Un *tiempo muerto* mental.
- Las ganas de estar solo y aislarse, como *intentos por no perder el control*.
- Los episodios disociativos pueden reconceptualizarse como una manera de mantener los síntomas dolorosos fuera de la conciencia. Refleja la habilidad de “*olvidar para sobrevivir*”. En este sentido, por ejemplo, la disociación es usada por los presos en los campos de concentración como una manera de sobrevivir al horror (verse a si mismo “desde fuera”, como en un mundo irreal y tener al mismo tiempo otro mundo de fantasía que sirve de refugio y que es considerado el real).
- La hiperactivación como un *recurso que en su momento fue necesario para sobrevivir* en la guerra o en la catástrofe natural (estar atento a todo, con sensación constante de alarma y de vigilancia) y que una vez pasada la amenaza ya no es necesario, pero el cuerpo no consigue dejar de sentirse en estado de máxima alerta.
- Pensamiento dicotómico. En situaciones de amenaza vital hay que *tomar decisiones rápidas* en cuestión de segundos y las cosas y las personas deben ser “buenos” o “malos”, “amigos” o “enemigos”, pero pasada la situación de alarma, esta estrategia que era adaptativa nos dificulta porque no se puede ir por la vida en “estado de alerta”.

- Culpa por sobrevivir. Al sobrevivir puede optarse por ser testigo de unos hechos y ayudar a dar una nueva luz, encontrar una misión y un objetivo, o encerrarse en el recuerdo.
- Los deseos de venganza son naturales y normales (p.e. ante una violación). Pero, cuando se ha intentado la humillación y la aniquilación de la persona como modo de derrotar a alguien, ¿vivir bien no es la mejor venganza?.
- Resentimiento frente a los que nos rodean por no sentir suficiente apoyo. Una persona deprimida o resentida, deprime a los que le rodean... ¿cómo estamos influyendo nosotros a los que nos rodean?.

Lo importante no es tanto que este tipo de argumentos tengan base científica o no, como que constituyen nuevas “narraciones” más adaptativas que permiten al paciente resignificar lo que le ocurre atribuyéndole una perspectiva positiva.

Fase 2. Ayudar al paciente a enfrentarse a los flashbacks o a los síntomas de despersonalización.

Se incide en que los flashbacks son memorias, pero que a diferencia de otros recuerdos se acompañan de emociones intensas y dolorosas y a veces de sentimientos de terror. Hay una respuesta condicionada ante ciertos estímulos y todo el recuerdo en bloque sale de nuevo con sus emociones asociadas. Es necesario descondicionar esa respuesta, evitar que siga haciéndonos daño. Para eso es necesario:

- a) Identificar aquellas cosas que disparan el flashback o el recuerdo traumático y hacer una monitorización: ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Por qué?, ¿Con quién?. Escribir si es posible la secuencia de imágenes y emociones. Desarrollar a partir de aquí un plan de *prevención de flashbacks*.
- b) Buscar posibilidades alternativas. Dado que no es posible *dejar de pensar*, es más sano *dejar que el pensamiento pase*. La metáfora sería la de la persona que está en una estación de tren y no toma todos los trenes, sino sólo aquel que le interesa. Del mismo modo el paciente debe *dejar pasar* los pensamientos intrusivos y las imágenes dolorosas sin intentar enfrentarse a ellas. Se desarrolla un espíritu de “coexistir” con estas imágenes. Dado que olvidar no es posible, vamos a intentar convivir y ajustarnos a lo doloroso.
- c) Intentar practicar la detención de pensamiento.
- d) Practicar la técnica de en lugar de ver el *video* mental completo de la escena traumática, ir reduciendo progresivamente el tamaño de la pantalla y haciéndola más pequeña.
- e) Dejar mucho tiempo libre favorece que la mente quede en blanco y que se llene con recuerdos traumáticos. Es bueno planificar actividades. Por eso en algunas personas es al retirarse cuando de pronto aparecen, muchos años después, los síntomas de estrés posttraumático.
- f) Intentar no pensar en más de una cosa a la vez. Centrar el pensamiento en un solo tema, a ser posible el aquí y ahora de lo que se está haciendo. Pedir a los demás que corten los periodos en que vean a la persona *colgada, ausente*, sumida en rumiaciones.

- g) En niños es interesante proponer que existe un “lugar seguro” en el que pueden esconderse de la imagen. El lugar puede ser físico o imaginario, o puede tratarse de una persona u objeto.

En el caso de que los flashbacks aparezcan durante las relaciones sexuales será necesario parar y esperar a que pase y no pretender forzar la situación.

- Si con todo esto no ha sido suficiente, será necesario pasar a un segundo nivel, en el que habría que planificar algunas sesiones de exposición a la imagen intrusiva. La guía de recogida de actuación y el protocolo de actuación es el estándar en la exposición con prevención de respuesta.

Fase 3. Ayudar al paciente a enfrentarse a los pensamientos intrusivos a través de terapia de exposición en vivo o en imaginación, o a través de procedimientos de inoculación de estrés.

Ver protocolo en Anexo 6.

Fase 4. Ayudar al paciente a manejar las reacciones de rabia e ira a través de entrenamiento en autocontrol y en habilidades sociales.

1. Explorar las atribuciones que tiene la persona a través del análisis de unos cuantos ejemplos de situación de descontrol. Algunos de los aspectos más frecuentes a detectar son:
 - Falta de responsabilidad emocional por las pérdidas de control. Tendencia a responsabilizar a los demás de las propias pérdidas de control.
 - Tendencia a condenar y tirar en cara las conductas de los demás, viéndolas como absurdas o poco razonables.
 - Sentimientos de no recibir lo que se merece, de no ser respetado. Demandas poco razonables a los demás.
 - Asumir que los demás deben entender y aceptar su derecho a “descargar” la tensión acumulada.
 - Pensar que disculparse posteriormente da el asunto por zanjado.
 - Analizar hasta que punto las manifestaciones de ira están siendo funcionales (es decir, están funcionando realmente como un modo efectivo de ejercer miedo y controlar a los demás). Explorar si es capaz de ver maneras alternativas de conseguir ser respetado.

Dentro de este trabajo por intentar que la persona suma la responsabilidad de sus actos es importante reflexionar sobre las circunstancias en que se produce la violencia. Ante la verbalización repetida de “no me puedo controlar”, o “cuando pierdo los papeles ya no sé lo que hago”, reflexionar :

- ¿cómo es posible que sea violento en casa / con los amigos / haciendo deporte, y nunca haya perdido el control delante de un jefe en el trabajo?

¿realmente nunca se puede controlar?. O puede cambiarse esto por “A veces intento controlarme y otras no”. ¿Qué diferencia hay entre ambas situaciones?. ¿Qué diferencia en mi vínculo con esas personas, en lo que me importa que vaya a ocurrir con ellas, en las energías que estoy dispuesto a dedicar para controlarme?.

2. Trabajar las técnicas de “tiempo muerto”.

- Aprender a detectar situaciones peligrosas.
- Aprender a detectar sensaciones corporales o pensamientos que indican que se está iniciando el ciclo de violencia.
- Tomarse un “tiempo muerto” no como signo de abandono o derrota, sino como tiempo de descanso y recuperación del control, en el sentido en el que se emplea en el deporte.
- Desarrollar qué se va a hacer durante el “tiempo muerto”, para que no sea un tiempo para incubar resentimiento y dar vueltas a las ofensas percibidas, sino para aplicar alguna técnica de respiración, de relajación o de racionalización.
- Una vez regresado, y ya tranquilo, entrar a hablar del tema conflictivo (es decir, que el “tiempo muerto” no acabe siendo una manera de no hablar los problemas, sino que sea una manera de hablarlos con calma).

3. Analizar las causas de la ira. Entre las más frecuentes:

- la ira es un modo efectivo de controlar a los demás.
- la ira como modo de resolver situaciones de frustración.
- la ira como un modo de pedir ayuda cuando alguien se siente mal.
- la ira como un modo de rechazar a los demás para evitar ser rechazado y mantener la autoestima.
- la ira como respuesta a cosas que la persona imagina que los demás piensan, o dicen de él, pese a que no tiene ninguna prueba.
- la ira como forma de manejar situaciones estresantes

Una vez hecha la caracterización de las tres o cuatro situaciones típicas, buscar opciones alternativas, pudiéndose realizar un role-playing individual o de grupo de las mismas, o planificar de antemano la respuesta a estas situaciones. Así, por ejemplo:

- Buscar otras maneras de conseguir lo que desea.
- Ser capaz de colocarse en la posición del otro en situaciones de frustración.
- Aceptarlo como situaciones transitorias que van a pasar si uno aguanta unos minutos y no con una visión irreversible (“me sentó mal la broma”, en lugar de “este cabrón me está jodiendo la fiesta”).
- Entrenar la expresión de sentimientos hacia los demás (tanto positivos – de elogio, como negativos, de malestar), de una manera pausada.
- Aceptar los riesgos realistas de establecer relaciones afectivas íntimas.
- Confrontar las sensaciones de ridículo o burla con las evidencias que tiene de que sean reales o sólo suposiciones suyas.

- Planificar el trabajo o las tareas en casa de modo que se eviten situaciones de sobrecarga y estrés. Buscar maneras de disminuir la presión distribuyendo, aplazando, priorizando etc etc

En función de esto suele ser útil llevar un “diario de situaciones conflictivas” bien por parte de la persona, bien conjuntamente con la pareja o algún amigo que actúe de co-terapeuta y que le dé una visión externa de cómo se desarrollaron los hechos conflictivos. Contrastar versiones.

Desde el punto de vista construccionista es importante ayudar a la persona a detectar pensamientos automáticos y a que él mismo genere sus propios pensamientos alternativos. La siguiente tabla da algunos de los muchos ejemplos posibles. Para cada persona habrá que personalizar buscando las tres o cuatro frases que pueden actuar como freno personal.

<p>Pensamientos catastróficos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Estoy a punto de estallar. No voy a aguantar más” “Esto es insoportable” 	<ul style="list-style-type: none"> - No es el final del mundo. Es indignante, pero no pasa nada. - No vale la pena enfadarse. - Aguanta un poco y se va a pasar. - Cabrearse da dos problemas. El que tenía y el de arreglar la bronca después. - Mañana nadie se va a acordar de esto.
<p>Demandas abusivas a los demás.</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Debería saber que no soporto....” - “No debería haber....” 	<ul style="list-style-type: none"> - Vemos las cosas de manera diferente. - Lo tengo muy claro, pero no todo el mundo tiene que hacer lo que yo diga. - ¿Por qué lo hace?. Tenemos que hablarlo más tarde con calma. - Imagino que aunque no esté de acuerdo en nada, también tiene derecho a decirlo...
<p>Exagerar la trascendencia de las cosas</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Entre todos me han jodido el fin de semana”, “Siempre intenta joderme con sus comentarios” “Siempre que tengo prisa todo sale mal”, 	<ul style="list-style-type: none"> - Pues nada, lo que no se pueda hoy, se hace mañana. - El fin de semana es muy largo y no pasa nada. - El que lo pasa peor cuando se cabrea soy yo, así que no les voy a dar el gusto... - Prohibido montarse películas.

Fase 5. Ayudar al paciente a modificar las creencias maladaptativas y los sentimientos disfóricos, como la depresión o la culpa a través de métodos de reestructuración cognitiva y métodos de resolución de problemas.

- Las técnicas de reestructuración cognitiva intentan cuestionar el sistema de creencias y pensamientos automáticos de la persona a través de contrastar con preguntas y confrontar con otras evidencias, a fin de generar un diálogo cuestionador.

Es fundamental no cuestionar directamente los pensamientos o las creencias de la persona, sino aceptarlos y a partir de aquí considerar conjuntamente las evidencias que las

sustentan. Cuestionar o rechazar de manera frontal una idea, especialmente en fases tempranas, lleva a la persona a sentir que el terapeuta no entiende su dolor, coloca a éste en una posición de autoridad y de poseedor de la verdad y cuestiona la sensación de control sobre la entrevista de la persona.

Paciente. “Creo que soy un desastre como padre y que mis hijos no me soportan”.

Alternativa A: “Esto no tiene sentido. ¿Cómo se le ocurre decir eso?. Tiene que quererse más a sí mismo”.

Alternativa B: “Así que usted siente que es un desastre como padre... ¿Qué le hace pensar que sus hijos no le soportan?”.

Paciente: “Tengo miedo de salir solo a la calle. Me parece que me va a dar un ataque”.

Alternativa A: “Por qué va a tener miedo. Eso son ideas que se le meten a la cabeza. Intente no pensar y procure salir sin darle tantas vueltas”.

Alternativa B: “¿Tiene usted miedo... ya veo. Eso es muy desagradable. ¿Y siempre que tiene miedo, tiene usted un ataque?. ¿Siempre ocurre lo mismo?”.

En el caso concreto de las reacciones de culpa el modelo narrativo propone *deconstruir* la situación. Para ello se hace primero una evocación a cámara lenta, incluso a través de un procedimiento de imaginación guiada con los ojos cerrados. En este proceso se busca reconstruir

- (a) Cuales eran los elementos reales de información que tenía la persona en aquel momento.
- (b) Cuales fueron los factores que contribuyeron a tomar la decisión y por qué en aquel momento era una opción válida.
- (c) El tiempo que tenía la persona para tomar una decisión.
- (d) La voluntad de la persona de hacer las cosas lo mejor posible en aquel momento y con la información y circunstancias que había.
- (e) La imposibilidad de saber qué habría pasado en realidad si se hubiera cambiado algo en el proceso de toma de decisión.

Se enfatiza que, posteriormente, a medida que los hechos se suceden y se dispone de más información, se reevalúan las decisiones tomadas, pero que ese proceso es justo y hay que retrotraerse a la información real de que se disponía y al contexto en que hubo que decidir. Se explica que las personas tienden a distorsionar los recuerdos en el sentido de atribuirse una responsabilidad personal, y por tanto culpa, que muchas veces no es real, y se invita a la persona a analizar si ese es su caso.

A ello se añaden otras posibilidades: Discusión en grupo con otras personas en situación similar y posibilidad de ser más sensible a la opinión de otros que han pasado por su misma experiencia, ejercicios de inversión de roles (imagínese por un momento que quien hubiera fallecido fuera usted y que aquí estuviera sentado su hijo... ¿qué le diría usted a ella si se sintiera cómo se siente usted ahora?) etc.

Fase 6. Ayudar al paciente a *reescribir* la historia personal de lo ocurrido a través de la escritura o la grabación. Utilización de metáforas terapéuticas.

Se trata de utilizar el potencial terapéutico del testimonio para ir elaborando versiones progresivas de los hechos en los que pueda haber una búsqueda de significado de la experiencia y una reconceptualización de la misma. Puede elegirse diferentes tipos de narrativa (cambiando quien escribe, dirigido a quien, en qué contexto...) según el trabajo que se esté realizando.

Fase 7. Ayudar al cliente a manejar problemas caracteriológicos o dificultades en las relaciones interpersonales.

En aquellos casos en que los problemas están provocando aislamiento, pérdida de los amigos, dificultades de relación en el trabajo etc. Discutir los conflictos y buscar estrategias para enfrentarlos.

Fase 8. Ayudar a los pacientes con problemas de comorbilidad (especialmente abuso de alcohol o drogas).

Aunque la mayoría de programas reconocen que ante un problema de comorbilidad grave primero hay que enfrentar el tema del alcohol y posteriormente el de las consecuencias de los hechos traumáticos.

Fase 9. Ayudar al paciente y a su familia a través de intervenciones de carácter familiar.

Explorar la visión que tiene la familia de los hechos, la *narrativa* que ha construido cada uno, si ésta es compartida o no. Buscar *metáforas de curación* facilitando la comunicación y el apoyo entre los miembros.

Facilitar apoyo a los padres en el caso de que haya niños pequeños afectados. Normalizar las reacciones y hacer educación respecto a la posibilidad de aparición de síntomas en éstos y cómo manejarlos.

BIBLIOGRAFIA.

-
- ¹ Leskin G.A., Kaloupek G, Keane T.M. Treatment for traumatic memories: Review and recommendations. *Clinical Psychology Review* (1998) 18:8 983-1002.
- ² Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995) Posttraumatic Stress disorder in the national Comorbidity Study. *Archives of general psychiatry* 52, 1048-1060.
- ³ Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E (1991) Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry* , 48, 216-22.
- ⁴ Heltzer JE, Robins LN, McEvoy I. Posttraumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine*. (1987) 317:1630-4
- ⁵ Foa EB, Hearst-Ikeda DE, Perry KJ (1995) Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *J. Consulting and Clinical Psychology*, 63, 948-955.
- ⁶ Rothbaum B.O., Foa EB, Riggs DS, Murdock T, Walsh W (1992) A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims. *Journal of traumatic Stress* 5, 455-475
- ⁷ Frueh BC, Mirabella RF, Chobot K, Fossey MD (1994). Chronicity of symptoms in combat veterans with PTSD treated by the VA mental health system. *Psychological Reports* 75, 843-848
- ⁸ Green B.L., Grace MC, Vary MG, Kramer TL, Gleser GC, Leonard AC. Children of disaster in the second decade: a 17 year follow-up of Buffalo Creek survivors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (1994) 33, 71-79
- ⁹ Danielli Y. As survivors age. *NCP Clinical Quarterly* (1994). 4:3-7. Citado en Meichenbaum (1996) pp 19
- ¹⁰ Roca RP, Spence RJ, Munster AM. Posttraumatic adaptation and distress among adult burn survivors. *Am. J. Psychiatry* (1992) 149:1234-1238.
- ¹¹ Pérez-Jimenez JP, Graell M, Pérez-Sales P, Santodomingo J. Severe Burn Injuries and PTSD. *Am. J. Psychiatry* (1993) 150:8, 1276.
- ¹² Karam E.G. Noujeim JC, Saliba SE, Chami AH, Rached SA. PTSD : How frequently should the symptoms occur?. The effect on epidemiologic research. *J. Traumatic Stress* (1996) 9:4 899-905
- ¹³ Green B.L. Psychosocial Research in Traumatic Stress : an update. *Journal of Traumatic Stress* (1994) 7:3 341-61.
- ¹⁴ Ursano R.J. McCaughey BG, Fullerton C.S. (1994) Individual and Community Responses to trauma and Disaster: the structure of human chaos. New York, Cambridge University Press.
- ¹⁵ Saporta JA, Van der Kolk B.A. Psychobiological consequences of severe trauma. En Basoglu (Ed) *Torture and its consequences*. Cambridge University Press. 1992. pp 151-171.
- ¹⁶ Weiss DS, Marmar CR. (1993) Teaching time-linked dynamic psychotherapy for posttraumatic stress disorder and pathological grief. *Psychotherapy* 30, 587-91.
- ¹⁷ Horowitz MJ. *Stress Response Syndromes* (Second edition). Aronson Inc. Northvale (USA). 1986.
- ¹⁸ Horowitz MJ. *States of Mind*. Aronson. Northvale (USA). 1976.
- ¹⁹ Foa EB, Rothbaum BO, Molnar C. Cognitive-Behavioral therapy of post-traumatic stress disorder. En M.J. Friedman, DS Charney, AY Deutch (ed) *Neurobiological and clinical consequences of stress. From normal adaptation to post-traumatic stress disorder*. Philadelphia. Raven publish. 1995.
- ²⁰ McFarlane AC. The aetiology of posttraumatic stress disorders following a natural disaster. *British J. Psychiatry* (1988) 152, 116-121.
- ²¹ Scott J.M. & Stradling S.G. *Counselling for Post-Traumatic Stress Disorder*. Sage Publications. Londres. 1992.
- ²² Janoff-Bulman R (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York. Free Press.

-
- ²³ Brewin C.R., Dalgleish T, Joseph S (1996) A dual representation theory of post-traumatic stress disorder. *Psychological review* (103) 670-88
- ²⁴ Meichenbaum D. (1994) Treating post-traumatic stress disorder. A handbook and practice manual for therapy. Wiley and Sons.
- ²⁵ Mollica R, McInnes K, Poole C and Tor S. Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *Journal of Psychiatry* (1998), 173, 482-488.
- ²⁶ Pennebaker J. (1998). *El arte de confiar en los demás*. Alianza Editorial. Colección libro de bolsillo.
- ²⁷ Pérez Sales P. *Negación. Folia...*
- ²⁸ Pérez Sales P, Bacic R, Durán T. Muerte y desaparición forzada en la Araucanía: una perspectiva étnica. Ed UCT/Lom. Santiago de Chile. 1999.
- ²⁹ Robinson R.C. Mitchell J.T. Evaluation of Psychological Debriefings. *Journal of Traumatic Stress*, Vol 6, No. 3, 367-383 (1993)
- ³⁰ Bisson Jonatan I., Jenkins P.L., Bannister J., Bannister C. Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry*. (1997) 171, 78-81.
- ³¹ Everly G.S., Flannery R.B., Mitchell J.T. Critical Incident Stress Management (CISM): a review of the literature. *Agresion and Violent Behaviour* (2000) 5:1, 23-40
- ³² Stein D.J. Psychiatric aspects of the Truth and Reconciliation Commission in South Africa. *British J. Psychiatry* (1998) 173, 455-7.
- ³³ Van der Kolk B.A. The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization and masochism. *Psychiatric Clinics of North America* (1989) 12:2 389-411.
- ³⁴ Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *J. Personality and Social Psychology* (1991) 61:1, 115-121.
- ³⁵ McNally R.J. English G.E., Lipke H.J. (1993). Assessment of intrusive cognition in PTSD. *Journal of Traumatic Stress* 6, 33-42.
- ³⁶ Hay una cita sobre alexitimia que no me encaja (¿??).
- ³⁷ Peñacoba C, Moreno B. El concepto de Personalidad Resistente. *Boletín de Psicología* (1998) 58:61-96.
- ³⁸ Frankl V. *El hombre en busca de sentido*. Ed. Herder. Barcelona. 1978
- ³⁹ Reszczyński K, Rojas P y Barceló P. *Tortura y Resistencia en Chile*. 1991. Ed. Emisión. Chile.
- ⁴⁰ Rosencof M, Fernández E. *Memorias del calabozo*. Txalaparta. bilbao. 1997.
- ⁴¹ Hicling E.J., Blanchard E.B., Buckley T.C., Taylor A.E. Effects of attribution of responsibility for motor vehicle accidents on severity of PTSD symptoms, ways of coping and recovery over six months. *J. Traumatic Stress* (1999) 12:2 345-53.
- ⁴² Tedeschi R.G., Calhoun LG. The posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress* (1996) 9:3 455-471.
- ⁴³ Ursano RJ, Mc caughey BG, Fullerton CS. *Individual and community responses to trauma and disaster: the structure of human chaos*. New York. Cambridge University Press. 1994
- ⁴⁴ Cienfuegos AJ, Morelli C (1983). The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *Am. J. Orthopsychiatry* 53, 43-51.
- ⁴⁵ Agger I, Jensen SB (1990). Testimony as ritual and evidence in psychotherapy for political refugees. *Journal of Traumatic Stress*. 3, 115-130.
- ⁴⁶ Pérez-Sales P. El papel del área de salud mental en las Organizaciones de Derechos Humanos. I Congreso de Psicología Social de los Derechos Humanos. México. Diciembre 1999.
- ⁴⁷ Pérez Sales P. ¿Constituyen las Comisiones de la Verdad realmente formas de reparación psicosocial? (mimeo). 1996.
- ⁴⁸ Martín Beristain C, Doná G, Páez D, Pérez Sales P, Fernández I. Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria. *Icaria*. Barcelona. 1999.
- ⁴⁹ Pérez-Sales P, Bacic R, Durán T. La ley de "Reparación". En Pérez Sales P, Bacic R, Durán T. *Muerte y Desaparición Forzada en la Araucanía: una aproximación étnica*. Ed LOM. Santiago de Chile. 1998.
- ⁵⁰ Davidson JRT, Foa EB (eds). *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond*. American Psychiatric Press. Washington 1993
- ⁵¹ Shapiro F. (1989a) . Eye movement desensitization : a new treatment for post-traumatic stress disorder. *J. Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 20, 211-217.

-
- ⁵² Shapiro F. (1989b). Efficacia of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *J. Traumatic Stress* 2, 199-223.
- ⁵³ Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols and procedures. 1995. The Guilford Press..
- ⁵⁴ Scurfield RM, Kenderdine, SK, Pollard RJ (1990). In-patient treatment for war related PTS. *J. Traumatic Stress* 3, 185-201.
- ⁵⁵ Connor K, Sutherland S, Tupler L, Malik M, Davidson J. Fluoxetine in Posttraumatic Stress Disorder. *British Journal of psychiatry* (1999), 175, 17-22.
- ⁵⁶ Kleinknecht R.A. Rapid treatment of blood and injection phobias with eye movement desensitization. *J. Behav. Therap. & Exp. Psychiat.* (1993) 24:3 211-7.
- ⁵⁷ Macculloch M.J., Feldman P. Eye movement desensitisation treatment utilises the positive visceral element of the investigatory reflex to inhibit the memories of post-traumatic stress disorder: a theoretical analysis. *British Journal of Psychiatry* (1996) 169, 571-579
- ⁵⁸ Eye Movement Desensitization/Reprocessing: Its Use in Resolving the Trauma Caused by the Loss of a War Buddy. *American Journal of Psychotherapy.* (1995) Vol 49, No. 2,
- ⁵⁹ Hyer L and Brandsma J. EMDR Minus Eye Movements Equals Good Psychotherapy. (1997) *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 10, No. 3
- ⁶⁰ Frank T, Smith E.. Does Rapid Eye Movement Desensitization Facilitate Emotional Processing?. *Behav. Res. Ther.* Vol. (1994) 32. No. 4, pp 459-469
- ⁶¹ Metter J., Michelson L.K. Theoretical, Clinical, Research, and Ethical Constrains if the Eye Movement Desensitization Reprocesing Technique. *Journal of Traumatic Stress.* (1993) Vol 6, No. 3, 413-421.
- ⁶² Ochberg F.M. The Counting Method for Ameliorating Traumatic Memories. *Journal of Traumatic Stress* (1996) Vol 9, No. 4, 873-879.