

PSICOTERAPIA

de apoyo en situaciones traumáticas



PAU PÉREZ-SALES: Psiquiatra.
Centro de Salud Mental de Parla. Madrid.
E-mail: pauperez@arrakis.es



CARMELO VÁZQUEZ VALVERDE:
Profesor Titular Psicología.
Universidad Complutense Madrid.
E-mail : cvazquez@psi.ucm.es

Los autores lo son también del Programa de Autoformación Psicoterapia de Respuestas Traumáticas, elaborado en tres volúmenes, acompañados de sus correspondientes CD's: Trauma y resistencia; Enfrentar el trauma complejo; Trauma, metodologías específicas.
Más información: www.gac-enred-o.org

Los hechos
traumáticos
no actúan
sobre una
tabla rasa,
sino sobre
un sistema
de creencias
previo

Resumen

Parece existir un cierto consenso en hablar de situación traumática como una experiencia que constituye una amenaza para la integridad física o psicológica de la persona y ante la que ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos. Diferentes fenómenos psicológicos tienen que ver con el modo en que el ser humano enfrenta su pasado. En especial la respuesta a situaciones traumáticas, el duelo y la culpa comparten su carácter de vivencia irreversible respecto a hechos, pérdidas o impactos pasados, que es necesario integrar en la vida para poder avanzar y constituyen un triángulo con frecuencia coexistente e interconexo.

El apoyo en los tres casos tendrá, por tanto, como elementos en común, dos premisas: se requiere de un trabajo activo por parte de la persona que lo sufre (la persona debe, de algún modo, desear «salir adelante»). No puede trabajarse un duelo, una vivencia traumática o una vivencia de culpa si éstas tienen un valor simbólico positivo para la persona (por ejemplo el duelo, como forma de no traicionar a la persona fallecida olvidándola, la rememoración del trauma como un intento de dar sentido a las cosas sucedidas, la culpa como el deseo de no olvidar el error o como castigo final de este trabajo activo); el objetivo final de este trabajo activo no es por lo general olvidar, sino integrar para poder vivir. Si la persona no percibe esto claramente, puede no implicarse activamente en el trabajo de superación y avance, ni aceptará que quien la intenta ayudar cuestione realmente sus vivencias.

PSYCHOTHERAPY AS AN AID IN TRAUMATIC SITUATIONS

Summary

It seems that a certain consensus exists to speak about a traumatic situation as an experience which is made up of a threat on the physical or psychological integrity of a person and against which one responds with fear, desperation and intensive horror.

Different psychological phenomena are involved with the manner through which a human being confronts his/her past. In particular, the response to traumatic situations, mourning, and blame share their characteristic of being an irreversible living reality related to facts, loss or past impacts and it is necessary to integrate these in one's life in order to advance; these comprise a triangle frequently coexisting and interconnected.

Aid for these three situations has, therefore, as common elements, two premises: an active task is required by the person who suffers this situation; this person must, in some form, desire to move ahead. One can not toil in mourning, in a traumatic experience, or in a life of blame if these have a positive symbolic value for this person; for example, mourning as a manner not to treason the dead person by forgetting that person, the reliving a trauma as an attempt to provide some sense to the actions which occurred, or blame as a desire to not forget an error or as a final punishment of this active task; the final objective of this active task is not usually to forget but to integrate in order to live. If a person does not perceive this clearly, this person may not become actively involved in the task to overcome a traumatic situation and to move ahead, nor will that person accept that a person who tries to help questions this person's realities or experiences.

Respuesta psicológica a hechos traumáticos

Entre los síntomas más comunes que aparecen tras un hecho traumático se encuentra 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, percepción de una barrera emocional que separa a la persona del mundo, tristeza, desesperanza, vivencias más o menos importantes 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, violencia física, agresión sexual, catástrofe natural, testigo de brutalidades...) sufren uno o más de ellos.

Pero estos síntomas son respuestas naturales del cuerpo humano ante una agresión extraordinaria, 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 base biológica para este tipo de respuestas que hace que aparezcan síntomas relativamente similares, especialmente los denominados de carácter *intrusivo* en muchas culturas y contextos.

La psiquiatría euroamericana ha agrupado, por consenso de especialistas, algunos de estos síntomas

Muchas veces, más que las palabras, habla el cuerpo

y ha pasado a considerarlos una enfermedad a la que ha denominado *Trastorno de Estrés Post-traumático*. Se trata, sin duda, de una aportación valiosa a la comprensión de los síntomas psicológicos post-traumáticos, aunque presenta algunos puntos pendientes de resolver, especialmente en lo que se refiere al modo en que los hechos vividos cuestionan, más allá de unos síntomas biológicos, las creencias básicas de una persona respecto al mundo.

Una persona que ha vivido un accidente de tráfico grave, un incendio con quemaduras importantes, un asalto o una agresión o el derrumbe de un edificio puede sentir que el mundo se ha vuelto un lugar impredecible, en el que no es posible tener seguridad ni vale la pena desarrollar nada, porque las

cosas desaparecen en cualquier momento de una manera aleatoria, absurda... La idea que se infiere de lo vivido es la de la vulnerabilidad, la fragilidad y sobre todo, la falta de control sobre la propia vida.

Una persona que ha sufrido un abuso sexual por un conocido puede vivir el mundo como un lugar hostil, en el que, si aquellos que debían procurar cuidado y afecto son quienes hacen daño, sólo queda desconfiar de todos, evitar establecer vínculos afectivos, retraerse para evitar volver a ser dañado.

Esta pérdida de referentes respecto a uno mismo, de uno frente a los otros y uno frente al mundo, unido a la sensación de que nadie puede entender, constituyen una experiencia que aleja a la persona de los demás y que puede hacer que sea difícil establecer un vínculo de apoyo [1].

Evitar el victimismo

La exposición a hechos traumáticos es un hecho frecuente. Según el *National Comorbidity Study norteamericano* [2] la prevalencia-vida para hechos traumáticos en población norteamericana es del 51,2% para mujeres y 60,7% para hombres. Según dicha encuesta, por ejemplo, el 9,2% de las mujeres refieren una historia de violación, el 12,3% haber sido molestados en la infancia, el 15,2% haber estado en un fuego, el 35,6% haber sido testigos de hechos violentos y el 25% haber padecido algún accidente de tráfico en que su vida estaba en peligro. Pese a ello, muy pocas personas presentan, proporcionalmente, un cuadro de *estrés posttraumático*. Esto indica que muchas personas superan, de manera espontánea, las vivencias traumáticas. No debe asumirse que las personas que han pasado por ellas están necesariamente «afectadas» y necesitan «apoyo emocional», como después de la muerte de un amigo o conocido tampoco se asume que haya un «duelo patológico». La mayoría de casos de estrés post-traumático se resuelven por sí solos entre el primer y el cuarto mes [3-5].

Sin embargo, existe un grupo variable de personas (los estudios epidemiológicos divergen mucho al dar cifras, porque depende de numerosos factores, en que los síntomas se cronifican, en los que los mecanismos de afrontamiento personal fracasan y la persona no puede integrar y dar sentido a la experiencia.

Modelos conceptuales en la comprensión de las respuestas post-traumáticas

Desde esta perspectiva lo importante es el modo en que el hecho traumático cambia la visión que tiene la persona de ella misma y del mundo. En uno o más de los esquemas vitales se producirá una auténtica fractura. El hecho marcará un antes y un después. Esa fractura lo define como *traumático*. Er



CUADRO 1. Algunos esquemas básicos del ser humano que pueden resultar cuestionados tras un hecho traumático.

El sentido de la coherencia es el vínculo con lo que uno hace, su proximidad a los demás y la satisfacción vital, como elemento de fortaleza ante la adversidad

dónde resulte afectada la persona dependerá de su historia personal (sistema de creencias previo), el tipo de situación traumática, las circunstancias que la rodearon y qué esquemas cognitivos sean centrales en el armazón del individuo (aquellos que le identifican y que definen en mayor medida su subjetividad, su *ser-en-el-mundo*) [6].

Es importante entender que, como había insistido especialmente el psicoanálisis, los hechos traumáticos no actúan sobre una tabla rasa, sino sobre un sistema de creencias previo, que en algunos casos podría arrastrar elementos preexistentes de vulnerabilidad derivados, por ejemplo, de pérdidas afectivas tempranas, relaciones vinculares problemáticas en la infancia o la adolescencia, etc.

¿De qué elementos depende que aparezcan síntomas post-traumáticos?

Por un lado de las propias características del hecho traumático. Un hecho estresante producirá más efectos traumáticos cuando es [7]: repentino, prolongado, repetitivo, intencional.

Todas ellas son: características que disminuyen la capacidad de la persona para controlar la situación y desarrollar estrategias efectivas de afrontamiento; que cuestionan las asunciones básicas a las que nos referíamos anteriormente (por ejemplo el carácter intencional de la violencia).

En un segundo nivel estarían las características de la persona, tanto en cuanto a factores biológicos, de los que no sabemos aún lo suficiente, como en cuanto a la existencia de hechos traumáticos anteriores o de síntomas 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 recuerdo de los hechos durante el resto de la vida).

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

Constituye un lugar común pensar que aquellas personas que no pueden compartir los hechos traumáticos tienen mayor dificultad para superarlos. Diversos estudios experimentales [8] han mostrado los efectos beneficiosos para la salud de compartir las experiencias traumáticas.

Pero compartir no es una necesidad universal ni tiene por qué ser universalmente beneficioso. Conviene tener en cuenta que: La *negación* de hechos traumáticos constituye una herramienta útil para la asimilación progresiva de los mismos [9], forzar la narración de hechos puede ser en estos casos perjudicial para la persona; hay un riesgo importante de retraumatización cuando en la base se encuentran imágenes o recuerdos extraordinariamente dolorosos que la persona ha empezado ya a integrar con sus propios recursos; existen culturas que desaconsejan la verbalización de emociones negativas. La persona puede sentirse atrapada entre lo que siente que debe hacer y lo que quien brinda el apoyo le exige *por su propio bien* [10].

Hablar es potencialmente bueno cuando se trata del momento adecuado en la evolución personal de la asimilación del hecho traumático por la persona (y esto generalmente se detecta porque es la persona quien expresa de algún modo la necesidad de hacerlo) y cuando el contexto y quienes dan apoyo están implicados en una tarea de clarificación y/o resignificación de lo ocurrido.

La ruptura de vínculos afectivos. Si la persona empieza a retraerse con la idea de que la mejor manera de no volver a sufrir una pérdida es no establecer vínculos emocionalmente intensos. El aislamiento puede funcionar como profecía autocumplida y potenciar este aislamiento posteriormente.

¿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: La tendencia a recordar de manera selectiva los elementos positivos en la memoria autobiográfica, con tendencia a negligir u obviar los negativos [11]. Aceptar una cierta dosis de incertidumbre e impredecibilidad en la vida. Asumen que en la vida también influye la suerte. Cuando comparan lo que les ha ocurrido con las personas a su alrededor son capaces de ver elementos positivos: hay personas a las que aún les ha ido peor; hubo momentos en que uno falló, pero otros en que respondió bien, imaginarse que las cosas aún podrían ser peores, aceptar que las molestias que tiene son *normales* y que pasarán con el tiempo [12]. 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 [13] (*Hardiness*). Ésta vendría definida por tres conceptos existenciales: *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*). *Control*. Tendencia a pensar y a

actuar con la convicción de que uno tiene el control personal sobre el curso de los acontecimientos. *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 relacionaría 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*» desarrollado por Antonovsky, más relacionado con una perspectiva de vínculo con lo que uno hace, con sensación de continuidad y coherencia vital, de proximidad con los demás y satisfacción vital como elementos de fortaleza frente a la adversidad.

De todo lo anterior va a depender las consecuencias de un hecho traumático para la persona. Nuestro reto, como profesionales, es saber rescatar y potenciar los elementos positivos y de resistencia y ayudar a minimizar los negativos y de vulnerabilidad.

Relación de apoyo con personas afectadas por situaciones traumáticas

Todo lo expuesto en la primera parte nos permite establecer algunas pautas para el trabajo de apoyo a personas afectadas por situaciones traumáticas.

¿Es necesario que la persona cuente los hechos?

Pudiera parecer que el primer paso necesario para el apoyo es que la persona cuente lo que le ocurrió, pero esto no es así. En algunas ocasiones la persona

Enfrentar la fragmentación del ser humano

Enfrentar el significado del quiebre humano que supuso el hecho traumático será el auténtico núcleo del proceso terapéutico. Llámese éste ruptura de esquemas, de creencias básicas o crisis personal. Diversos elementos pueden ayudar en el apoyo:

Apoyarse en relaciones significativas

El mejor modo de reconstruir un sentido de conexión con el mundo es experimentándolo con ejemplos cotidianos de que las cosas pueden ser de otro modo. Por eso es fundamental analizar y trabajar el impacto que el hecho traumático ha tenido en el sistema de relaciones de la persona, y fomentar el establecimiento de nuevas relaciones de confianza.

Experiencias de reconstrucción

Ante un mundo en el que parece predominar la inseguridad y la maldad, resulta básico poder contraponer experiencias resignificantes a través del compromiso, de la acción o la ayuda. o de ejemplos de compromiso ético o altruista.

Derecho al resentimiento y la rabia

Hay que ser especialmente cauteloso con demonizar el resentimiento y la rabia. Esto podría significar entrar en un proceso de culpabilización de la víctima.

Verbalizar y explicitar el miedo

El miedo es la emoción que acompañará de manera casi invariable a la ruptura de esquemas, a la sensación de impredecibilidad y de vulnerabilidad: en lugar de estar dominado por amenazas que es difícil concretar, poner nombre a los miedos es el primer paso para superarlos. El segundo será buscar estrategias individuales y comunitarias para enfrentarlos.

Buscar una nueva lógica

Poder separar nítidamente quién es el perpetrador y quién la víctima, la lógica que pudiera existir tras los hechos y el rol que uno desea tener frente a esa lógica.

Tolerancia a la ambigüedad

Aceptar la posibilidad de vivir en un mundo en el que no es posible controlarlo todo, en el que existe el azar, en el que podemos sólo

intuir hasta un cierto punto cómo van a reaccionar los otros (y cómo vamos a reaccionar nosotros). Y *pese a ello* atreverse a vivir.

El reto de ser normal

En toda situación cronificada como las secuelas de hechos traumáticos múltiples o muy antiguos, uno de los principales obstáculos en la terapia es lograr que el superviviente se *atreva a ser normal*. La persona puede haber construido una serie de hábitos y rutinas en todos los planos de su vida que aunque le provocan sufrimiento y problemas le permiten sobrevivir. La perspectiva de perder estas pequeñas seguridades construidas en ocasiones de manera dolorosa, puede hacer que la persona boicotee de manera encubierta el trabajo de apoyo que se está realizando.

Es necesario plantear directamente la situación y proponerla como un reto. Una metáfora terapéutica posible es que el cuerpo ha caminado torcido mucho tiempo por que era un modo de aminorar el dolor.

deseará hacerlo como un intento de comunicarse con el otro, de recordar y dar un nuevo sentido, y en este caso será bueno estar presente con una adecuada actitud de escucha activa.

Pero en realidad, para dar apoyo no siempre es ni necesario ni beneficioso un recuento de los hechos. Dado que existen múltiples sesgos en el recuerdo, lo relevante no es qué ocurrió, sino cómo vivió los hechos la persona, cuáles fueron sus emociones y sentimientos en aquel momento y cómo se ve a sí misma entonces y ahora respecto a ello. No necesitamos saber la «verdad» de lo ocurrido para poder ejercer un rol de ayuda. Así, cabe cuestionarse en la atención a personas que han sufrido una situación traumática (por ejemplo abuso sexual) la indicación terapéutica de forzar una narración de los hechos, profundizando en detalles escabrosos en el supuesto entendido de que a la persona esto le beneficiaría. Es más importante percibir y trabajar en base a las vivencias y recuerdos (humillación, fortaleza, culpa, rabia, tristeza...),

Aguantar el horror de los hechos. Pero otras veces ocurrirá lo contrario. No es agradable escuchar hechos horribles y cuando la persona tiene la necesidad o el deseo de contarlos, con frecuencia no encuentra quien le escuche. Ve impaciencia, gestos de desagrado, miradas que esquivan la suya. Y opta por no intentar contar lo que ha vivido. La experiencia de no tener quien escuche es muy común entre los supervivientes de situaciones traumáticas. Semprún en su libro *La escritura o la vida* escribe al

hablar de su primer día después de la liberación del campo de exterminio de Buchenwald, cuando se encuentra con tres oficiales aliados: «*Tuercen el gesto, vagamente asqueados. Pero no pueden comprender de verdad. (...) lo del humo del crematorio, el olor a carne quemada sobre el Ettersberg, (...) Permanecen silenciosos, evitan mirarme. Me he visto en su mirada horrorizada por primera vez desde hace dos años. Me han estropeado esta primera mañana, los tres tipos estos. Estaba conven-*

El superviviente debe atreverse a ser normal

cido de haberlo superado con vida. De vuelta a la vida, cuando menos. No es tan evidente».

Saber escuchar sin juzgar, sin interrumpir, sin decir frases obvias o tópicas, es vital como experiencia de reconstrucción para la persona, porque va contra la idea de que es inútil hablar porque *pocos están dispuestos a escuchar y nadie puede entender*.

No es posible «entender». Y es que, efectivamente, otra de las premisas básicas para el trabajo de apoyo es asumir que *no es posible entender*. Quien no ha pasado por la experiencia (y aún incluso en este caso) difícilmente puede experimentar las mismas

Enderezarlo puede dar grandes dolores de espalda, pero ese es un paso necesario para volver a caminar de pie. Hay que hablar del miedo a ser normal como de un obstáculo para poder crecer a partir del hecho traumático.

Prevención de recaídas: desarrollar estrategias de resistencia

Todo lo anterior lleva a la prevención de futuras situaciones de crisis. Como valores adicionales que pueden trabajarse con la persona encontramos:

El sentido de compromiso y reto frente a las adversidades. Cuando una crisis es vista como una oportunidad para mejorar, se afronta de manera más eficaz y con menor desgaste.

La flexibilidad. Es útil reflexionar sobre la necesidad de aceptar que el *cambio* y el *conflicto* son el estado natural de las cosas. Como metáfora de ayuda es útil pensar en el nadador y las olas. Un cambio (ola) no es visto, desde la óptica del buen nadador, como una amenaza: el cuerpo subirá y baja-

rará al compás del agua. Sólo si se tensa y deja de moverse puede estar en peligro.

Técnicas de conexión emocional

Las formas de terapia a través del movimiento o del juego (especialmente en niños y jóvenes) y a través del arte (especialmente en adolescentes) constituyen la forma de trabajo de elección cuando hay dificultades para la expresión verbal. Puede ocurrir por razones propias de la edad o por las connotaciones de la situación traumática. Existen múltiples variantes (teatro, figuras de arena o plastilina, cuentos inacabados...) que pueden ser útiles.

Individual... y comunitario

El objetivo final del trabajo de apoyo a personas que han pasado por situaciones traumáticas es ayudar a recuperar la percepción de dignidad y la sensación de control sobre la vida e integrar (no olvidar) el hecho traumático, viendo éste no como una mutilación, como un defecto que se arrastrará, sino como

un hecho doloroso que dejó cicatrices que pueden hacer a la persona más resistente, con mayor capacidad para entender el mundo y las personas desde una experiencia que nunca debería haber ocurrido, pero a partir de la que, pese a todo, es posible crecer.

En muchos casos esto no podrá lograrse sin incorporar, imprescindiblemente, una perspectiva comunitaria. Si el hecho traumático se inserta en un contexto familiar, social o político, no puede considerarse la labor de apoyo desde una óptica de privatización del daño, aislándolo precisamente de aquello que lo dota de sentido. Por su importancia destacan, en este sentido, y según los contextos, las conmemoraciones, monumentos y espacios de reconocimiento simbólico, los procesos de justicia y verdad y la lucha contra la impunidad, los procesos de recuperación de la memoria histórica, las formas de mitigación del daño de carácter económico, social u otras, o los espacios de reconocimiento social del sufrimiento.

Usted ha pasado por un conjunto de experiencias que sin duda están fuera de lo normal. Se trata de situaciones en las que el cuerpo y la mente se ven sometidos a una presión máxima que parece que nos va a desbordar. Es lógico pensar que algo así debe dejar secuelas.

EXPERIENCIA INUSUAL

- Correr la maratón sin estar entrenado
- Estar en un ambiente con mucho polvo

RESPUESTA DEL CUERPO (MOLESTIA)

- Agujetas
- Toser constantemente

¿PARA QUÉ SIRVE?(LÓGICA)

- Señal de alarma. Freno ante nuevos excesos similares
- Impedir que el polvo entre en los pulmones

Las molestias que presenta el cuerpo después de estas experiencias son respuestas que su cuerpo desarrolla para intentar adaptarse a la situación vivida y son intentos del cuerpo por recuperarse. En la mente ocurren cosas parecidas. Si usted ha sufrido una situación como no podía imaginar, su cuerpo intenta recuperar el equilibrio. Usted me ha estado diciendo que tiene... (pesadillas, dolores de cabeza, tristeza, imágenes que le persiguen...). ¿Podríamos intentar ver estas cosas que le ocurren no como «síntomas» de una enfermedad sino como «señales» de un cuerpo que intenta recuperarse, integrar lo que ha pasado y salir adelante? Repasemos las molestias que usted tiene...

CUADRO 2. Modelo de entrevista para reconceptualización de síntomas post-traumáticos

vivencias. Ello no impide, por supuesto, escuchar y acompañar.

Actitud corporal. Muchas veces, más que las palabras habla el cuerpo. Tener una actitud corporal que facilite la comunicación es fundamental. 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 prematuro o a destiempo puede ser vivido como una invasión del espacio personal. 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.

Estar con otro no es fácil y acompañar puede significar en ocasiones conmoverse. **¿Puede, quien está dando apoyo, llorar?** Quien escucha es persona, y en ocasiones el relato puede conmoverle. En determinados contextos y ante determinados hechos conmoverse o incluso llorar raramente va a influir de manera negativa. Convendrá posteriormente reflexionar por qué nos ha ocurrido esto. En la mayoría de casos se tratará, probablemente, de una reacción normal de empatía sin mayores complejidades.

Partir de cero. Muchas situaciones traumáticas conllevan elementos éticos. Sólo es posible establecer una relación de ayuda cuando no se actúa en función de estereotipos.

Ante una mujer maltratada y en función de las propias ideas o de la propia historia personal pueden surgir múltiples estereotipos (víctima indefensa, personalidad dependiente e insegura, «síndrome de Estocolmo»...) que lleven a decisiones inadecuadas como, por ejemplo, aleccionar a la víctima respecto a la necesidad de interponer denuncia sin tener un

auténtico conocimiento de los condicionantes personales (por ejemplo posibilidades de garantizar posteriormente la seguridad personal o de los hijos) o los deseos reales de la mujer en su proceso progresivo de adquisición de información y de toma de conciencia previo a cualquier decisión personal. Acompañar es caminar un paso por detrás del otro.

El factor tiempo. Hablar de hechos traumáticos requiere tiempo. Empezar una conversación que va a tener probablemente que interrumpirse a la mitad o con una persona a la que no vamos a volver a ver, puede abrir heridas o recuerdos que dejen mal a la persona, con sensación de vacío o de reactivación de su dolor, y nosotros ya no estaremos para apoyar.

Normalización y clarificación. Educación para la salud

Es importante que la persona perciba que muchos de sus síntomas, bien sea en adultos (angustia, tristeza, palpitaciones, dolor de cabeza, insomnio...) o en niños (problemas de conducta, miedo y deseos de no alejarse de la madre, enuresis secundaria...) son formas de respuesta normal ante una situación anormal. Esta función de dar sentido, legitimar y tranquilizar, es sumamente importante

Este proceso de reformulación no debe realizarse de modo excesivamente temprano, sin haber dado suficiente tiempo a que la persona narre pormenorizadamente la parte de los hechos que desee contar o los síntomas que le han hecho buscar ayuda, porque éste podría interpretar entonces la reformulación como que no se toma en serio lo que le ocurre y se banaliza sus molestias.

El cuadro ofrece un modelo de reformulación de los síntomas no como signos de enfermedad sino como respuestas normales del cuerpo ante una situación anormal

Esta guía está pensada como herramienta para la formación de personal no habituado a realizar entrevistas clínicas (voluntarios, miembros de una organización que prestan puntualmente apoyo en una emergencia, promotores de salud en áreas aisladas...)

1. Facilitar la expresión de las emociones sin permitir el descontrol

- Permitir y normalizar el llanto. Remarcar la utilidad del llanto como elemento de descarga emocional.
- Evitar el descontrol de la persona cambiando de tema cuando se intuye que éste está a punto de producirse.
- En caso de descontrol (la persona se levanta, grita, se tira al suelo...) intentar conservar la calma, hablando en un tono de voz tranquilo y suave y dejar que pase la crisis.
- En caso de agresividad verbal, facilitar la expresión de su enojo procurando que ésta no se desborde. Separar la queja («Me hizo esperar una hora fuera») del modo en que ésta se hace, 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 de descontrol (romper objetos, golpear a otro niño o al terapeuta), es necesario enseñarle a autocontrolarse. Puede dejarse al niño sólo en una habitación hasta que se controle, o contenerle corporalmente (sin agresividad y sin gritarle, sólo conteniéndole).

2. No tener miedo a preguntar respecto a temas embarazosos

Especialmente importante en el caso de las ideas de suicidio. Quien está pensando en ello, encuentra alivio al ser preguntado directamente. Y raramente alguien a quien nunca se le ocurrió la idea, va a pensar en ella a raíz de nuestra pregunta.

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. Es mejor guardar silencio y no decir frases hechas. Se puede hacer alguna pregunta si la persona queda bloqueada o repetir algunas ideas que ha dicho como una mane-

ra de ayudarle a que siga, pero es el otro quien debe hablar.

4. Aclarar y ordenar

Cuando la persona está confusa respecto a qué camino tomar, el rol del apoyo en crisis consiste en ayudarle a ordenar las ideas SIN decir nunca lo que el otro debe hacer.

Existen múltiples razones para ello: cada uno debe tomar sus decisiones y eso forma parte del proceso de fortalecimiento y autoconfianza. Además, en caso de que no siguiera nuestros consejos nos sentiríamos decepcionados, o la persona pensaría que nosotros nos vamos a sentir decepcionados y podría no acudir de nuevo.

Hay que intentar ayudar 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 afrontarlos.
- Sugerirle ideas que puedan facilitar algunas de las cosas que ha enumerado como posibles caminos.
- Pensar en que es posible esperar a tener más información, si es que el problema lo permite. Animar entonces a buscar esa información.
- Sugerir técnicas de negociación en los conflictos que pueda tener.
- Ayudarle a buscar recursos positivos a su alrededor en los que no había reparado (familia, amigos...).

En ocasiones, en los primeros dos o tres días tras un hecho traumático prima un estado de aturdimiento e imposibilidad para orientarse y tomar decisiones. En estos momentos puede ser adecuada una actitud más directiva, con instrucciones sencillas y breves, de carácter generalmente muy práctico, aplazando decisiones de mayor trascendencia para cuando la persona pueda recuperar una situación de control.

5. Saber esperar

Aunque la labor de apoyo en crisis y el consejo sean buenos, en ocasiones el momento no es el mejor para que la persona nos escuche. Puede que considere que no tiene ningún problema, o que puede controlar sólo/a la situación.

En este contexto lo esperable es «acompañar» a la persona, dándole simplemente información que le ayude a pensar. El terapeuta impaciente quiere que después de hablar una sola vez el afectado ya cambie y resuelva su problema.

6. Aceptar sin juzgar

El que apoya debe mostrar al otro una acepta-

ción incondicional, sin emitir juicios de valor sobre su comportamiento.

Por ejemplo:

- No acusar a una persona porque bebe y tuvo un accidente de tráfico, sino hablar de las hipotéticas cosas que puedan estar pasándole.
- 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.

7. Animar al sujeto a que haga pequeños cambios en su conducta

Plantearle pequeños retos que pueda intentar cumplir: salir más de casa y hablar con los vecinos, trabajar una hora al día, beber un poco menos, hacer diez minutos al día de relajación...

8. 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. 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.

9. Pedir a la familia y los amigos

- respeto cuando quiera estar sola/o,
- compañía el resto de ocasiones,
- que animen a hacer cosas poco a poco, sin forzar.

10. Aprender de los demás sobre nosotros mismos

Cuando sentimos que el problema que nos cuenta la otra persona es similar a algo que hemos vivido, hay que ser cuidadoso para no dejarse influir en el apoyo por nuestros propios problemas personales. 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, alguien que haya tenido varios fracasos amorosos, debería intentar no traslucir una visión frustrada de las relaciones de pareja y animar —quizás sin darse cuenta de ello— a que al menor problema las parejas se separen. Debería poder darse cuenta y reflexionar sobre sus propios problemas.

11. Confidencialidad

Preservar a cualquier precio la intimidad de aquellos a quienes se da apoyo para poder tener su respeto.

El miedo acompaña
a la ruptura de esquemas,
a lo imprevisto, y a la
sensación de vulnerabilidad

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. New York. Free Press; 1992.
- [2] Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic Stress disorder in the national Comorbidity Study. Archives of general psychiatry 1995; 52: 1048-1060.
- [3] Foa EB, Hearst-Ikeda DE, Perry KJ. Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. J. Consulting and Clinical Psychology 1995; 63: 948-955.
- [4] Rothbaum B.O., Foa EB, Riggs DS, Murdock T, Walsh W. A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims. Journal of traumatic Stress 1992; 5, 455-475
- [5] Solomon SD & Green BL. Mental health effects of natural and human made disasters. PTSD Quarterly 1992; 3:1-7
- [6] Meichenbaum D. Treating post-traumatic stress disorder. A handbook and practice manual for therapy. Wiley and Sons; 1994.
- [7] Tomb DA. The phenomenology of post-traumatic stress disorder. The Psychiatric Clinics of North América; 1993: Vol. 8.
- [8] Pennebaker J. El arte de confiar en los demás. Alianza Editorial. Colección libro de bolsillo; 1998.
- [9] Pérez Sales P. Negación. Folia Neuropsiquiátrica 1995; 30:195-211
- [10] Pérez Sales P, Bacic R, Durán T. Muerte y desaparición forzada en la Araucanía: una perspectiva étnica. Ed UCT/Lom. Santiago de Chile; 1999.
- [11] McNally R.J. English G.E., Lipke H.J. Assessment of intrusive cognition in PTSD. Journal of Traumatic Stress 1003; 6, 33-42.
- [12] Pérez-Sales P. Programa de Autoformación Psicoterapia de respuestas Traumáticas. Vol I. Trauma y Resistencia. Madrid; 2003.
- [13] Peñacoba C, Moreno B. El concepto de Personalidad Resistente. Boletín de Psicología 1998; 58:61-96.