

Trauma, Culpa y Duelo.
Hacia una psicoterapia integradora

**PROGRAMA DE AUTOFORMACIÓN EN
PSICOTERAPIA DE RESPUESTAS TRAUMÁTICAS**

Pau Pérez Sales

Para Héctor, Marcos y Marina

Autores

Alberto Fernández-Liria. Jefe Servicios Psiquiatría. Area 3. Madrid.

Beatriz Rodríguez Vega. Psiquiatra. Hospital La Paz. Madrid

Blanca Amador. Psicóloga Clínica. SSM Alcobendas. Comunidad de Madrid

Caridad Avedillo. Psiquiatra. Facultativo Especialista de Area. CSM Alcobendas.

Carlos Martin Beristain. Médico. Universidad de Deusto.

Carmelo Vázquez Valverde. Catedrático Psicología Universidad Complutense de Madrid

Carmen Bayón. Psiquiatra. Jefe Unidad de Salud Mental. Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Fabiola Irisarri. Psiquiatra. Equipo de Exclusión Social. Madrid

Francisco González-Aguado. Psiquiatra. Hospital Universitario Principe de Asturias. Alcalá de Henares.

María Diéguez Porres. Psiquiatra. Hospital Universitario Príncipes de Asturias

Mariano Hernández Monsalve. Psiquiatra. Jefe SSM Tetuán. Comunidad de Madrid.

Pau Pérez-Sales. Psiquiatra. Hospital La Paz. Madrid. Coordinador. Grupo de Acción Comunitaria. Centro de Recursos en Salud Mental y Derechos Humanos.

Vanesa Apellániz. Psicóloga Clínica. Hospital Universitario de Getafe.

Zaira Bitar Sanchez. Psicóloga. Médicos Sin Fronteras

INDICE

Introducción.....	10
SECCIÓN 1. TRAUMA Y RESISTENCIA. Pau Pérez Sales	14
Parte 1.....	15
El concepto de Trauma y de Respuesta al Trauma: elaborar el concepto a partir de la experiencia.	15
1. Criterios para una comprensión del concepto de Trauma y de Respuesta Post-Traumática.....	37
2. La mirada transcultural.....	38
1. Camboya : supervivientes del Khmer rojo.	38
2. Los hibakusha : supervivientes de Hiroshima y Nagasaki.....	40
3. Voces de Rwanda	45
4. Población indígena maya. Testimonios del informe Guatemala Nunca Más	52
Aproximación transcultural a la visión de trauma e impacto traumático.....	54
3. El concepto de trauma colectivo.....	59
4. Elementos de resistencia y factores positivos de cambio	62
5. Trastorno de estrés postraumático: reflexiones a partir de los datos y evidencias.....	69
6. Trastorno de estrés postraumático complejo o DESNOS.....	72
7. Modelos conceptuales en la comprensión de las respuestas post-traumáticas.....	73
Modelos neurobiológicos. Etología y trauma	73
Modelo psicodinámico.	76
Modelos basados en la teoría del apego	77
Disociación y trauma	80
Modelos de base cognitiva: teoría del procesado de la información.	82
Modelo socio-cognitivo: el quiebre de los marcos de referencia.....	83
Modelo narrativo-constructivista.....	88
8. Elementos transculturales relevantes en la comprensión de las respuestas postraumáticas.....	88
El concepto de persona y de yo.	88
Diferencias transculturales en la visión de sí mismo, los demás y el mundo y sus implicaciones en la comprensión del impacto de las situaciones traumáticas.....	89
Mecanismos de afrontamiento ante los hechos traumáticos: aspectos transculturales	94
9. La perspectiva integradora: trauma e identidad.....	95
La identidad como marco de reflexión en las situaciones de violencia y trauma	96
Identidad(es): aproximaciones contemporáneas.....	97
El proceso de creación de identidad en relación al trauma.....	100
Dialéctica de la identidad y su relación con la representación social de las consecuencias de la violencia y el trauma	103
Reflexiones finales	105
10. Transmisión transgeneracional de hechos traumáticos.....	106
Parte 2.....	108
Factores que influyen en la respuesta traumática.	108
(en colaboración con Carmelo Vazquez)	
1. ¿De qué elementos depende que aparezcan síntomas post-traumáticos?: Factores predisponentes y precipitantes.....	108
Características del hecho traumático.	108
Características de la persona.....	109

2. ¿De qué elementos depende que los síntomas post-traumáticos no desaparezcan poco a poco con el tiempo? : Factores perpetuadores y potenciadores.....	109
Compartir los hechos traumáticos.....	109
Buscar la lógica de los hechos.....	110
La ruptura de vínculos afectivos.....	111
La interacción con el medio y la perspectiva psicosocial. El elemento clave y con frecuencia olvidado.	
Factores postrauma relevantes en las respuestas de resistencia o vulnerabilidad.....	112
3. ¿Cuáles son los elementos que favorecen la superación espontánea de los hechos traumáticos? :	
Elementos de resistencia.....	115
¿Cómo actúa la personalidad resistente?.....	117
¿Puede aprenderse a ser resistente?.....	117
4. ¿Es posible aprender (y enseñar a aprender) de las experiencias traumáticas? : Elementos de resiliencia.	117
.....	117
Parte 3.....	120
Terapéutica de los Síntomas Post-traumáticos : Elementos Generales.....	120
Consideraciones generales.....	120
o Criterio de Verdad.....	120
o ¿Es necesario narrar los hechos?.....	121
o ¿Cuándo narrar lo ocurrido?.....	122
o ¿Quién tiene el poder?.....	123
o Atender a los aspectos prácticos.....	124
Elementos generales de entrevista.....	124
o Actitud corporal.....	125
o Partir de cero.....	125
o Uso del silencio.....	126
o ¿Puede un terapeuta llorar?.....	126
o ¿Puede un terapeuta contar experiencias propias o facilitar cierto grado de acercamiento interpersonal?.....	126
o Sufrimiento psicológico: el factor tiempo.....	127
o El carácter intransmisible del hecho traumático.....	127
o Entender el contexto.....	127
o Escuchar a los síntomas.....	128
Fases del trabajo terapéutico.....	128
o Exploración, formulación de pautas problema y pacto terapéutico.....	128
o Trabajar con las emociones.....	129
o Pacto de Objetivos.....	130
Sentar objetivos realistas.....	131
Definir el cambio esperado.....	131
o Normalización y clarificación. Educación para la salud.....	131
o Tratamiento farmacológico y psicoterapia.....	134
Parte 4.....	135
Terapéutica de los Síntomas Post-traumáticos: Técnicas específicas.....	135
1. Tratamiento sintomático de los fenómenos intrusivos y de evitación.....	135
Tratamiento sintomático de <i>flashbacks</i> , memoraciones y pesadillas.....	135
1.2 . Cuando las emociones desbordan.....	138
1.3. Tratamiento sintomático de la evitación.....	139
1.4. Tratamiento sintomático de irritabilidad, impulsividad o tendencia a la agresión.....	140
1.4. Tratamiento sintomático de irritabilidad, impulsividad o tendencia a la agresión.....	141
2. Pautas problema centradas en la historia biográfica personal.....	142
2. Pautas problema centradas en la historia biográfica personal.....	143
3. El testimonio como herramienta terapéutica: Metodología e indicaciones en terapia.....	144
4. Enfrentar la fragmentación del ser humano.....	146

4.1.	Apoyarse en relaciones significativas.....	146
4.2.	Utilizar el pensamiento crítico.....	147
4.3.	Experiencias de reconstrucción.....	148
4.4.	Derecho al <i>resentimiento</i> y la <i>rabia</i>	149
4.4.	Analizar el quiebre humano desde el análisis de las preconcepciones.....	151
4.5.	Trabajar conjuntamente en la búsqueda de una lógica estructurante.....	152
4.6.	Verbalizar y explicitar el miedo.....	152
4.7.	Tolerancia a la ambigüedad.....	153
4.8.	Azar versus control.....	154
4.9.	Rigidez versus flexibilidad.....	155
4.10.	El concepto de identidad como espacio terapéutico.....	155
	La identidad del trauma.....	156
	Los falsos dilemas en el trabajo con la identidad.....	157
4.11.	Enfrentar la duda ontológica.....	159
5.	Culpa y Trauma.....	160
6.	La muerte verde: especificidades del duelo traumático e implicaciones terapéuticas.....	161
7.	Elementos de crecimiento post-traumático.....	166
	o Definir y pactar el campo terapéutico usando términos normalizadores.....	166
	o Detectar y potenciar recursos propios.....	166
	o Detectar y potenciar signos de cambio.....	168
	o Promover el optimismo disposicional.....	169
	o Elementos de comparación positiva.....	170
	o Establecer un balance emocional.....	171
	o El reto de ser normal.....	173
	o Explorar cambios vitales positivos.....	173
	o Prevención de recaídas: desarrollar estrategias de resistencia.....	175
8.	Técnicas de conexión emocional.....	178
	8.1. Terapia por el juego – Terapia por el arte.....	178
	8.2. Maniobras gestálticas.....	179
	8.3. Trabajar con sueños.....	180
9.	Procesos comunitarios y formas sociales de mitigación del daño.....	180
10.	La mirada hacia el terapeuta: algunos elementos contra transferenciales.....	181
	ANEXOS.....	183
	Anexo 1. Elementos generales de una entrevista terapéutica de apoyo en crisis. Guía básica para la formación de voluntarios.....	183
	Anexo 2. Creencias básicas con relevancia en el impacto de situaciones traumáticas.....	183
	Anexo 3. Psicoterapia de situaciones traumáticas: esquema global de trabajo.....	188
SECCIÓN 2.....		189
CULPA. ELEMENTOS PARA UNA PSICOTERAPIA ESTRUCTURADA. Pau Pérez-Sales.....		189
Parte 1. Los conceptos de la culpa: elaboración a partir de recuentos personales.....		190
	1. Culpa, trauma y duelo.....	190
	2. La noción de culpa.....	193
Parte 2.....		214
Determinantes de la culpa: Teorías.....		214
	1. Teoría de las emociones: visión de conjunto.....	214
	1. Emociones básicas universales.....	214
	2. El debate sobre la interrelación entre emociones y pensamiento. La construcción social de las emociones.....	215
	3. Teorías basadas en psicología del desarrollo: el modelo de Lewis.....	215
	2. Teorías sobre la vergüenza y la culpa.....	223
	1. Aportaciones desde el psicoanálisis.....	223
	2. Aportaciones conductuales.....	227
	3. Estudios cognitivos.....	228

4. Teoría interpersonal de la culpa.....	232
5. Una visión desde las emociones positivas: la teoría de Weiss y O'Connor.....	233
6. Aportaciones de la psicología social a la teoría de la culpa.....	234
7. Teorías constructivistas de la culpa: el modelo de discrepancia.....	238
Recapitulación y síntesis : Raúl.....	241
Parte 3.....	244
El trabajo con vivencias de culpa en psicoterapia. Consideraciones previas.....	244
1. Exploración de la culpa: dificultades en la entrevista clínica.....	244
2. Criterios para trabajar la culpa en terapia.....	245
3. Formas de presentación de la culpa.....	246
4. Desvelamiento de los hechos y confesión.....	249
5. Actitud general durante la entrevista.....	251
Parte 4.....	253
Propuesta de un esquema de exploración y trabajo terapéutico.....	253
1. Explicitar la culpa.....	253
2. Buscar el referente simbólico: la metáfora del ojo acusador.....	253
3. Explorar la posibilidad de la ambivalencia.....	257
4. Normas introyectadas.....	260
5. Análisis del sistema de normas en terapia.....	262
6. El problema de la motivación y la conciencia en la evaluación del daño.....	267
Formas complicadas de culpa en relación con la percepción de motivación.....	270
Culpa normativa.....	270
Culpa factual.....	270
Ausencia de castigo y culpa.....	271
7. Explicitar lo ilógico en la evaluación de la responsabilidad personal.....	272
Principales errores de juicio en el trabajo con vivencias de culpa y modo de afrontarlos en terapia.....	274
1. Culpa por Generalización.....	274
• ¿Existe realmente un error de generalización? : El estigma como metáfora de la culpa.....	277
2. Trabajar la clarividencia retrospectiva.....	278
3. Trabajar con el pensamiento mágico y la omnipotencia.....	279
4. Decisiones imposibles o de Pérdida Segura: el dilema del prisionero.....	283
8. En la frontera entre vergüenza y culpa.....	285
Trabajar con la metáfora de "mancha" en terapia: la proporcionalidad de la culpa.....	286
• Vergüenza ontológica.....	288
• Vergüenza por sobrevivir.....	288
9. La culpa como idea obsesiva pura.....	292
10. Culpa y praxis.....	294
Las formas del castigo y la expiación.....	295
Suicidio y culpa.....	296
Del autocastigo al autocuidado.....	299
11. Culpa y Reparación.....	300
▪ Formas de perdón en psicoterapia.....	300
. La búsqueda del perdón con uno mismo.....	300
▪ Formas de compensación simbólica.....	301
Anexo 1. PROTOCOLO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA DE CULPA.....	303
Anexo 2. Abordaje de la vergüenza como factor predisponente de la culpa.....	326
Anexo 3. Psicoterapia de vivencias de culpa : esquema global de trabajo.....	327
Anexo 4. Resumen global de técnicas terapéuticas.....	328
SECCIÓN 3. INTERVENCIONES SOBRE DUELO. Alberto Fernández-Liria, Beatriz Rodríguez-Vega, María Dieguez Porres.....	330
Justificación.....	331
Introducción y definición.....	333

Concepciones del duelo y la salud mental.....	334
El enfoque constructivista	337
La reacción de duelo.....	338
tarea 1: aceptar la pérdida del objeto	342
tarea 2: experimentar las emociones vinculadas a la pérdida	343
tarea 3: capacitarse para desenvolverse en el mundo sin el objeto perdido.....	345
tarea 4: recolocación de lo perdido de modo que no impida el investimento afectivo de otros objetos.....	346
Intervenciones en situaciones de duelo	349
Objetivos de la intervención.....	351
Principios de la intervención en duelo.....	351
Principio 1: Ayudar al superviviente a tomar conciencia de la muerte.....	351
Principio 2: Ayudar al superviviente a identificar y expresar sentimientos.....	351
Principio 3: Ayudar al superviviente a que sea capaz de resolver sus problemas cotidianos sin lo perdido	354
Principio 4: Favorecer la recolocación emocional de lo perdido.....	354
Principio 5: Facilitar tiempo para el duelo	354
Principio 6: Evitar los formulismos.....	355
Principio 7: Interpretar la conducta normal como normal	355
Principio 8: Permitir diferencias individuales	355
Principio 9: Ofrecer apoyo continuo.....	355
Principio 10: Examinar defensas y estilo de afrontamiento para prevenir complicaciones	355
Principio 11: Identificar patología y derivar.....	356
Duelo y familia.....	361
Tareas familiares de adaptación	362
A modo de conclusión.....	363
SECCIÓN 4. TÉCNICAS ESPECÍFICAS EN EL TRATAMIENTO DE REACCIONES POSTRAUMÁTICAS	365
Parte 1. La exposición en el tratamiento de reacciones postraumáticas. Vanesa Apellániz Martínez	366
1. Modelos teóricos. ¿Por qué funciona la exposición?.....	366
2. Definición y aspectos básicos de aplicación.....	367
4. Un complemento necesario: las tareas para casa	375
5. Variedades en los procedimientos de exposición	376
6. Técnicas compatibles con exposición.....	377
Anexo 1. Caso clínico.....	378
Parte 2.....	380
EMDR y Trauma. Beatriz Rodríguez Vega, Carmen Bayón Pérez, Blanca Amador Sastre.....	380
Fundamentos del uso de EMDR.....	381
Fases del tratamiento	383
Conclusiones	389
Parte 3.....	390
Hipnosis. Beatriz Rodríguez Vega y Fabiola Irisarri Vázquez.....	390
1. Hipnosis, Trauma y Disociación: Breve Aproximación Histórica.	390
2. Fundamentos.	393
1. Hipnosis en las respuestas postraumáticas. Trauma y disociación	393
2. La Hipnosis en el tratamiento de las reacciones al estrés traumático. Evidencia clínica.....	396
2. Técnica Hipnótica.....	398

1. Aspectos generales del empleo de la Hipnosis en las reacciones postraumáticas.	398
2. La inducción de trance.....	399
1. Inducción Formal del estado Hipnótico.....	399
2. Inducciones Naturalistas del trance hipnótico.....	401
3. Técnicas específicas en las reacciones al trauma.....	403
4. Finalización del trance hipnótico.....	406
Enfoque de grupo en la psicoterapia de situaciones traumáticas. Pau Pérez-Sales.....	408
1. ¿Por qué un enfoque de grupo?	408
2. Tipos de grupos: objetivos, estructura, fases y función del facilitador.....	409
3. Preconceptos y espacios comunes en el abordaje de reacciones traumáticas.....	413
4. Decisiones iniciales.....	414
A) Modelo extenso versus intenso.....	414
C) Modelo educativo versus socializante.....	416
5. Grupos comunitarios en situaciones traumáticas.....	417
6. Grupos de autoayuda.....	417
7. Grupos psicoterapéuticos.....	419
8. Enfoque de grupo del duelo traumático.....	423
9. La necesidad de evaluar los grupos.....	425
BIBLIOGRAFIA GLOBAL	427

Presentación y agradecimientos.

El trabajo de salud mental en general y la psicoterapia en particular constituyen una zona única de las relaciones humanas, donde las cartas más importantes que se juegan y a la vez las herramientas más poderosas son la empatía (es decir, poder sentir con el otro), la comprensión (es decir, intentar mirar desde sus ojos) y la escucha activa (es decir, el diálogo, pero en un tipo de diálogo especial que está, también, en función del otro).

Es difícil que pueda existir una profesión más bellamente humana y que entronque con valores más esenciales que la de psicoterapeuta.

Las situaciones críticas, aquellas que constituyen una amenaza grave para la persona o la comunidad y que la cuestionan, aquellas en que se ha perdido algo que es básico para poder vivir tal y como uno se ha venido pensando a sí mismo hasta ese día, aquellas en que se ha hecho alguna cosa que transgredió límites que ahora son vividos como dañinos e irreversibles... son situaciones que cuestionan a la persona y la colocan, la mayoría de las veces, frente a su propia identidad.

Cuando el contexto es crítico, no hay excesivo lugar para responder preguntas y quién es uno deviene secundario al propio hecho de lograr seguir en pie. Pero cuando es posible establecer una distancia y el impacto de los hechos va mostrando aprendizajes y heridas, el superviviente se ve directamente frente a las grandes cuestiones que dan sentido a la existencia, a mirarse a sí mismo y al paisaje que quedó después de esa batalla.

En ese camino generalmente uno requiere las pequeñas alforjas habituales de su vida: aquellos afectos de siempre de los que pueda disponer en ese momento, su bagaje de ideas y lo que entienda que es su trayectoria. Pero a veces, la magnitud de lo ocurrido, la pérdida de los apoyos o las circunstancias hacen que sea más difícil mirar solo hacia ese paisaje, dotarlo de sentido o hacerlo menos doloroso.

La psicoterapia de las respuestas a situaciones traumáticas constituye el espacio de encuentro entre una de las más bellas y sencillas – por básica y universal - profesiones que pueda existir, y algunas de las situaciones en que más clara y complejamente está el hombre frente a la realidad de la vida. Es un espacio de encuentro que, realizado a manera, conmueve y cuestiona a todos quienes participan.

Como espacio de encuentro solo admite la posibilidad del trabajo conjunto, en equipo, horizontal. En estas páginas se defiende así. Se defiende la idea de un terapeuta que entiende que es un lujo poder aprender cada día de trabajar con supervivientes, de ser el privilegiado en quien quizás se vayan depositando emociones, dudas, angustias, alegrías, aprendizajes y lecciones de vida. Del terapeuta que se ve a sí mismo como quien intenta aplicar sus conocimientos para ayudar al otro a tener claves con las que acercarse a una mejor comprensión de sí mismo, es decir, a ayudar al otro a tomar mejores decisiones sobre su vida y, por tanto, a ser más libre.

Esta idea, la de la psicoterapia como espacio íntimo de lucha por la libertad es la que atraviesa todas y cada una de las páginas de este libro.

Esta es también su matriz primera. Hay decenas de casos clínicos anónimos que salpican las páginas. La mayoría en el marco de situaciones de violaciones extremas a derechos humanos. El hecho traumático más frecuente en el 20% de países con rentas per capita superiores son los accidentes de tráfico. En el texto se describen bastantes ejemplos. El maltrato a la mujer –que es ya la primera causa de mortalidad en mujeres entre los 17 y 30 años en países como España o Francia -, le sigue. Algunos casos cruzan también éstas páginas.

En el 80% restante del mundo los hechos traumáticos tienen que ver con catástrofes, con violencia estructural y pobreza, con sequía, con agresiones, cárcel, tortura, desaparición forzada y SIDA. Junto a la violencia doméstica – que es universal -, esa es la cotidianeidad aún de los hechos traumáticos que aparecen en la inmensa mayoría de países del mundo que utilizan el castellano como una de las lenguas maternas y eso es por tanto lo que se ha reflejado en estas páginas. Quizás estos ejemplos puedan parecer algo lejanos en otros contextos. Pero los ejemplos son metáforas y cada cual puede intentar trasladar las metáforas a su propio ámbito de trabajo, porque los procesos que subyacen son comunes y las lecciones aprendidas de un superviviente, son perfectamente significativas y aplicables en otros contextos. Las secuelas permanentes en accidente de tráfico tienen tanto de enfrentar el absurdo y el azar de la vida como ser bombardeado por haber nacido en un pueblo llamado Nagasaki.

Este libro surge de un trabajo colectivo que lleva años rodando. A través de ellas se ha convocado a muchos y buenos amigos – Carlos, Carmelo, Beatriz, Mariano....- que ya habían venido a transitar este esfuerzo incluso antes de colgar el teléfono...-. Otros muchos amigos no están con nombre pero su influencia es clara e identificable – Elizabeth, Cecilia, Arancha, Roberta, Darío, Marcelo, Teresa, Susana...-. Cada proyecto tiene cuates. Y éste proyecto, en concreto, - bueno, como tantos otros- es deudor, sobretodo, del incombustible e irredento entusiasmo de Alberto Fernández Liria. La vida no sería la misma sin él.

Pau Pérez Sales
www.psicosocial.net

Madrid. Enero 2006.

Esquema de trabajo.

Este libro está pensado como un proceso formativo. Se estructura en material escrito y material audiovisual.

Cada una de las secciones (Trauma, Culpa, Duelo, Técnicas especiales) tiene uno o más casos asociados de los 7 existentes en la parte audiovisual (Trauma agudo, Trauma Crónico, Culpa, Duelo, EMDR, Hipnosis, Enfoque de Grupo).

Material Escrito.

Cada Sección tiene una estructura con una primera parte más tendente a la reflexión personal, una revisión bibliográfica, y una parte de desarrollo de técnicas de intervención terapéutica. Se trata de bloques relativamente autónomos. Diferentes ejercicios, insertos en el texto, ayudan a profundizar aspectos conceptuales.

Material Audiovisual.

Cada caso clínico en las secciones de trauma, culpa y duelo representa un proceso terapéutico sesión a sesión y en las técnicas especiales, un ejemplo de aplicación.

A través del DVD el participante tiene la posibilidad de realizar: [1] el visionado completo de la terapia, con la transcripción de la misma a pie de imagen, [2] alternativamente, el visionado sesión a sesión, [3] el visionado sesión a sesión realizando en cada sesión ejercicios de conceptualización y formulación. Desde la misma pantalla se accede a una guía de contraste. Estos ejercicios van siendo almacenados en un cuadernillo al que se accede en cualquier momento.

La estructura del material hace que sea muy tentador leerlo según viene, pasando a las guías de contraste sin haber hecho los ejercicios. Podemos garantizar que hacerlo hace que el proceso pierda gran parte de su efectividad. Sólo el esfuerzo de reflexión personal previa da sentido a la guía de contraste.

Se sugiere trabajar con la parte audiovisual del proceso formativo de cada sección *después* de haber trabajado el material escrito.

SECCIÓN 1. TRAUMA Y RESISTENCIA. Pau Pérez Sales

Parte 1.

El concepto de Trauma y de Respuesta al Trauma: elaborar el concepto a partir de la experiencia.

Existen muchas definiciones de *trauma* en sus dos vertientes (como hecho extremo impactante y como reacción humana ante este hecho) en la literatura acumulada desde que en la *Iliada* hubiera la primera descripción pormenorizada de la respuesta psicológica a hechos traumáticos. La Clasificación Internacional de Enfermedades y el Manual Estadístico de Trastornos Mentales DSM han cambiado el concepto de trauma del que han partido en cada nueva versión.

En lugar de ofrecer un recorrido crítico por este camino y una determinada solución final al mismo, proponemos que cada cual realice un proceso personal de aproximación al mismo.

Partir de la propia experiencia.

Ejercicio 1

Intente pensar en tres momentos en su vida en que haya experimentado lo que usted considere que ha sido un:

- *Duelo*
- *Crisis personal*
- *Trauma*

Si está seguro/a de no recordar una situación personal en alguno de los tres supuestos, puede pensarlo a partir de alguien muy cercano.

Una vez se haya dado tiempo suficiente para pensar cada una de las tres situaciones y tomar quizás algunas notas de análisis:

- a) ***¿Puede proponer una definición de duelo desde su experiencia? ¿De crisis? ¿De trauma? (en el sentido de consecuencias del impacto no de agente impactante).***
- b) ***¿Puede definir criterios para distinguir uno de otro?. ¿Qué elementos clave, en su opinión, permiten diferenciarlos?***

Guarde estas definiciones a lo largo del trabajo posterior y contrástelas más adelante, según le indicaremos.

Acercarse a la experiencia de supervivientes

Para analizar lo que resulta nuclear de la respuesta al trauma proponemos caminar a través de un trabajo personal que tenga como hilo conductor tres textos claves de supervivientes de experiencias extremas: los de Primo Levi, Víctor Frankl y Jean Amery, que representan tres posturas antagónicas y en muchos sentidos enfrentadas entre sí de vivencia, reacción y respuesta a la experiencia de Auschwitz.

Ejercicio 2

Los textos a partir de los cuales se sugiere la reflexión son:

Primo Levi. (1986) *Los Hundidos y los Salvados.. Este es el más tardío y elaborado de su trilogía de libros sobre la experiencia de Auschwitz y su testamento personal antes del suicidio, meses después. Representa el resumen de cuarenta años de buscar respuestas a preguntas y constituye probablemente uno de los mejores libros de psicología y psicología social de las respuestas a situaciones traumáticas.*

Víctor Frankl. *El hombre en busca de sentido. De todos los supervivientes que han dejado sus memorias Frankl, psiquiatra austriaco, describe los mecanismos del hecho traumático, las reacciones y los modos de afrontamiento desde una perspectiva que rebosa vitalidad y que representa el paradigma del resistente desde un modelo de psicología positiva.*

Jean Amery. *Más allá de la culpa y la expiación. Tentativas de superación de una víctima de la violencia. La cara opuesta a Frankl, Jean Amery, filósofo austriaco (cambia su nombre en la clandestinidad) describe una experiencia marcada por el pesimismo y la omnipresencia de la herida, testamento también antes de suicidarse, en 1978. Sus críticas alcanzan a todos, incluidos Primo Levi y Víctor Frankl.*

De cada uno de los libros hay que sacar, de manera esquemática y siguiendo la plantilla adjunta:

- **¿Qué elementos definen para este superviviente lo “traumático”?** (aproximación a una definición de *trauma*)
- **¿Cuáles son las consecuencias en la persona?** (aproximación a los *síntomas* que podrían considerarse nucleares)
- **¿Cuáles son los elementos de resistencia que considera que permiten a una persona sobrevivir en la adversidad?.** (aproximación a una psicología positiva de las experiencias traumáticas).
- **¿Qué sugerencias se hacen o qué inferencias pueden hacerse para una psicoterapia de las situaciones traumáticas?** (aproximación a una psicoterapia de las situaciones traumáticas).

Puede cotejar sus reflexiones texto a texto con las correspondientes Guías de Contraste que siguen a cada plantilla. Una Guía de Contraste no pretende ser una verdad absoluta, sino un instrumento para seguir reflexionando.

Puede enriquecerse este análisis añadiendo los textos de Paul Steinberg *Crónica del Mundo Oscuro*⁷⁷, Jorge Semprún *La escritura o la vida*¹, Robert Antelme, *La especie humana*² y Willy Berler³ *Supervivientes del infierno*.

Primo Levi. (1986) Los hundidos y los salvados⁴.

Este es el más tardío y elaborado de su trilogía de libros. En Si esto es un Hombre⁵ (1945) había hecho ya una descripción de los mecanismos del horror. Sus indagaciones psicológicas en busca de respuestas profundizan más en La Tregua⁶ (1963). Tras dedicar toda su vida a dar testimonio, y participar en innumerables programas, foros, encuentros etc, Los Hundidos y los Salvados representa el resumen de 40 años de buscar respuestas a las mismas preguntas y su testamento póstumo. El texto es probablemente uno de los mejores libros de psicología del trauma escrito, curiosamente por un químico que sentía repudio por psicólogos y psiquiatras..

El ser humano frente al horror^a

1. “La gente dirá que los hechos que contáis son demasiado monstruosos para ser creídos: dirá que son exageraciones de la propaganda aliada” (...) “Es curioso que esa misma idea aflorara, en forma de sueño nocturno, de la desesperación de los prisioneros” (pág. 11).

“El vencedor es dueño de la verdad, puede manipularla como quiere, ya se justificarían las fosas comunes de alguna manera. Se harían desaparecer o se atribuirían a los soviéticos (...). Pero tras la derrota de Stalingrado lo pensaron mejor: más valía no dejar huellas” (pág. 13).

2. “Tanto para oprimidos como opresores (...) eran muchos los que sabían poco y pocos los que sabían todo” (pág. 14).

“En las condiciones inhumanas en que se mantenía a los prisioneros es raro que éstos pudiesen adquirir una visión de conjunto de su universo. Podía suceder, sobre todo para quienes no entendían el alemán, que los prisioneros no supiesen siquiera en qué punto de Europa se encontraba el Lager donde estaban y al que habían llegado después de un viaje agónico y tortuoso en vagones sellados. No conocían la existencia de otros Lager aunque estuviesen a pocos kilómetros de distancia de ellos. No sabían para quién trabajaban. No entendían el significado de ciertos cambios imprevistos en las condiciones ni los traslados en masa. Rodeado por la muerte, muchas veces el deportado no estaba en condiciones de valorar la magnitud de la aniquilación que se estaba llevando a cabo ante sus ojos. El compañero que hoy trabajaba a su lado, mañana había desaparecido: podía estar en la barraca de al lado o borrado del mapa; no había posibilidad de saberlo. Se sentía, en resumen, dominado por un enorme edificio de violencia y de amenaza, pero no podía formarse una imagen de él porque tenía los ojos pegados al suelo por las vitales necesidades cotidianas de cada minuto”. (Pág. 16)

3. “Los numerosos hornos crematorios habían sido proyectados, construido, montados y verificados por una empresa alemana, la Topf de Wiesbaden (que aún estaba activa a finales de 1975: construía hornos crematorios para uso civil y no había considerado

^a La numeración de las páginas refiere a la edición de Muchnik editores.

necesario hacer cambios en su razón social). Es difícil pensar que el personal de estas empresas no se diese cuenta del significado exacto de la calidad y de la cantidad de las instalaciones que les encargaban los mandos de las SS” (pág. 15).

“Los que quedan y todavía están dispuestos a dar testimonio (superando sus remordimientos o sus heridas), tienen recuerdos cada vez más borrosos y distorsionados. Con frecuencia, sin darse ellos mismos cuenta, están influidos por noticias de las que se han enterado más tarde, por lecturas o relatos ajenos. En algunos casos, naturalmente, el olvido es simulado, pero los muchos años transcurridos lo hacen verosímil” (pág. 18)

“Hay que tener cuidado con las simplificaciones llevadas al extremo. Toda víctima debe ser compadecida, todo sobreviviente debe ser ayudado y compadecido, pero no siempre deben ponerse como ejemplo sus conductas. (...) No hay prisionero que no lo recuerde, y que no recuerde su estupor de entonces: las primeras amenazas, los primeros insultos, los primeros golpes no venían de las SS sino de los otros prisioneros, de “compañeros”, de aquellos misteriosos personajes que, sin embargo, se vestían con la misma túnica a rayas que ellos, los recién llegados, acababan de ponerse”. (Pág. 19).

“La memoria es un instrumento maravilloso, pero falaz. (...). Un recuerdo evocado con demasiada frecuencia y, específicamente, en forma de narración, tiende a fijarse en un estereotipo, en una forma ensayada de la experiencia, cristalizada, perfeccionada, adornada, que se instala en el lugar del recuerdo crudo y se alimenta a sus expensas” (pág. 21-22).

“Necesito disculparme. Este mismo libro está empapado de recuerdos, de recuerdos lejanos. Procede, por consiguiente, de una fuente sospechosa” (pág. 31).

1. "Era [una lucha] tan dura que podía derribar de un solo golpe la capacidad de resistencia. (...) es difícil defenderse de un ataque para el cual no se está preparado". (Pág. 34).
6. "Pobre de ti si esta dignidad te empuja a responder: hay una ley no escrita pero férrea (...) es una trasgresión intolerante que sólo puede ocurrírsele precisamente al <recién llegado>. Quien la comete debe ser ejemplarmente castigado. Los demás funcionarios acuden en defensa del orden amenazado y el culpable es golpeado con rabia y método hasta que se lo doma o se lo mata". (Pág. 37).
7. "Nadie puede saber cuánto tiempo, ni a qué pruebas podrá resistir su alma antes de doblegarse o de romperse. Todo ser humano tiene una reserva de fuerzas cuya medida desconoce: puede ser grande, pequeña o inexistente. (Pág. 52).
8. . “Por todo eso, en el plano racional, no se podría encontrar de qué avergonzarse, pero a pesar de ello se sentía la vergüenza, y especialmente ante los pocos y lúcidos ejemplos de quienes habían tenido la fuerza y la posibilidad de resistir; a ello he aludido en el capítulo « El último» de *Si esto es un hombre*, donde se describe el ahorcamiento público de un resistente ante la aterrorizada y apática multitud de los prisioneros. Es un pensamiento que entonces sólo nos insinuábamos, pero que ha vuelto después: «también tú habrías podido, habrías debido»; es un juicio que el ex prisionero ve, cree ver, en los ojos de quienes (y

especialmente los jóvenes) escuchan su relato y juzgan con la ligereza de quien juzga después; o que tal vez siente que despiadadamente le reprochan. Conscientemente o no, se siente imputado y juzgado, empujado a justificarse y a defenderse.

Más realista es la autoacusación, o la acusación, de haber fallado en el plano de la solidaridad humana. Pocos sobrevivientes se sienten culpables de haber perjudicado, robado o golpeado deliberadamente a un compañero: quien lo ha hecho rechaza el recuerdo; por el contrario, casi todos se sienten culpables de omisión en el socorro. La presencia a tu lado de un compañero más débil, o más indefenso, o más viejo, o demasiado joven, que te obsesiona con sus peticiones de ayuda, o con su simple «estar» que ya en sí es una súplica, es una constante de la vida en el Lager”. (67-68)

¿Es que te avergüenzas de estar vivo en el lugar de otro? .Y sobre todo ¿de un hombre más generoso, más sensible, sabio, más útil, más digno de vivir que tú? No puedes soslayarlo: te examinas, pasas revista a tus recuerdos, esperando encontrarlos todos, y que ninguno se haya enmascarado ni disfrazado; no, no encuentras transgresiones abiertas, no has suplantado a nadie, nunca has golpeado a nadie (pero ¿habrías tenido fuerzas para hacerlo?), no has aceptado aún cargo (pero no te los han ofrecido), no has quitado el pan a nadie; y sin embargo no puedes soslayarlo. Se trata sólo de una suposición, de la sombra de una sospecha: de que todos seamos el Caín de nuestros hermanos, de que todos nosotros (y esta vez digo «nosotros» en un sentido muy amplio, incluso universal) hayamos suplantado a nuestro prójimo y estemos viviendo su vida. (71-72)

9. “No podré decir si lo hemos hecho, o lo hacemos, por una especie de obligación moral hacia los que han enmudecido, o por librarnos de su recuerdo, pero lo cierto es que lo hacemos movidos por firme y persistente impulso. No creo que los psicoanalistas (que se han arrojado con avidez profesional sobre nuestros conflictos) sean capaces de explicar este impulso. (...) Sus interpretaciones, aun las de quienes como Bruno Bettelheim han atravesado la prueba del Lager, me parecen imprecisas y simplistas, como de quien quisiera aplicar los teoremas de la geometría plana a la resolución de los triángulos esféricos (...) En el Lager, se desconocían los catarros y las gripes, pero se moría, a veces de repente, de enfermedades que los médicos nunca han tenido ocasión de estudiar. Se curaban (o desaparecían sus síntomas) las úlceras gástricas y las enfermedades mentales, pero todos padecíamos un malestar incesante que nos envenenaba el sueño y que no tenía nombre. Llamarlo «neurosis» es simplista y ridículo. Tal vez sería más justo ver en él una angustia atávica, aquella de la cual se siente el eco en el segundo versículo del Génesis: la angustia inscrita en todos del *tóhu vavóhu*, del universo desierto y vacío, aplastado bajo el espíritu de Dios, y del que el espíritu del hombre está ausente: no ha nacido aún y ya está extinguido”. (pág. 73-74)

10. “el trabajo podía, por el contrario, convertirse a veces en una defensa. Era así para quienes, pocos en Lager, conseguían insertarse en su propio oficio: sastres, zapateros, carpinteros, herreros, albañiles. Éstos, al encontrar su actividad habitual recuperaban, en cierta medida, su dignidad humana” (pg 105).

"Casi nunca tuve tiempo que dedicar a la muerte; tenía otras cosas en las que pensar, encontrar un poco de pan, descansar del trabajo demoledor, remendarme los zapatos, robar

una escoba, interpretar los gestos y las caras que me rodeaban. Los objetivos de la vida son la mejor defensa contra la muerte: no sólo en el Lager". (Pág. 127).

11. "Cabellos (...). Las cenizas humanas provenientes de los crematorios, toneladas diarias, eran fácilmente reconocibles como tales pues con gran frecuencia contenían dientes o vértebras" ... "se emplearon como arena para cubrir los caminos". (Pág. 107).

12. "A esta operación eran más proclives los incultos que los cultos. Se adaptaban antes a ese <no tratar de comprender> que era el primer dicho sabio que había que aprender en el Lager. Tratar de entender allí, sobre el terreno, era un esfuerzo inútil, incluso para los muchos prisioneros que llegaban de otros Lager o (...) un desperdicio de energías que habría sido más útil emplear en la lucha cotidiana contra el hambre y el cansancio"... "El hombre sencillo acostumbrado a no hacerse preguntas, estaba a salvo del inútil tormento de preguntarse por qué, además, solía poseer un oficio o una habilidad manual que facilitaban su integración". (Pág.122).

Autor / Texto^a	Elementos que componen el hecho traumático	Consecuencias del hecho traumático	Elementos de resistencia	Caminos para una psicoterapia
Primo Levi. (1986) <i>Los hundidos y los salvados.</i>				

Autor / Texto^a	Elementos que componen el hecho traumático	Consecuencias del hecho traumático	Elementos de resistencia	Caminos para una psicoterapia
Primo Levi. (1986) Los hundidos y los salvados.				

Autor / Texto ^a	Elementos que componen el hecho traumático	Consecuencias del hecho traumático	Elementos de resistencia	Caminos para una psicoterapia
<p>Primo Levi. (1986) <i>Los hundidos y los salvados.</i></p>	<p>A1. ¿Quién nos va a creer? El hecho traumático es inenarrable, incontable, incompañible.</p> <p>¿Existe la verdad en la descripción de hechos traumáticos? O es una construcción fruto de un pacto con la memoria, las necesidades de la psique y los intereses y beneficios?</p> <p>A2. Caos. No existe visión de conjunto. Memoria fragmentada y confusa.</p> <p>A3. Ruptura de la confianza básica en el ser humano. La necesidad del suicidio proviene más que de la culpa, del horror de asumir la que se considera como auténtica naturaleza del ser humano.</p> <p>A4. Imprevisibilidad. Imposibilidad para prepararse.</p> <p>A5. El cuestionamiento de la dignidad personal como elemento psicológico clave en todo hecho traumático.</p> <p>A6 y A7. Rupturas de los esquemas de sí mismo y de sí mismo frente al mundo.</p> <p>A7. Culpa ajena, ontológica</p>	<p>α1-α8. Sensación de alienación: nadie que no lo haya vivido puede entenderlo.</p> <p>α2. Sensación de ser juzgado. Los demás pueden ser vistos como jueces mudos aunque nunca ejerzan de tales.</p> <p>α3. Necesidad de reconstruir lo ocurrido y rellenar los espacios para buscar sentido. Riesgo de clarividencia retrospectiva.</p> <p>α4. Destrucción de la creencia básica en la bondad del ser humano que permite establecer vínculos afectivos y vivir.</p> <p>α5. Culpa, viendo como si hubieran sido fruto de la reflexión las respuestas a hechos imprevisibles.</p> <p>α6. Sensaciones de humillación y vergüenza (shame) asociadas al hecho traumático.</p> <p>α7. Cuestionamiento de creencias básicas sobre uno mismo.</p> <p>α8. Enfrentarse al absurdo, a lo ilógico.</p>	<p>A1. Silencio. No intentar que nadie crea</p> <p>A2. Pesadillas. Reprocesar los hechos.</p> <p>A3. Repliegue. Aislamiento evitando con ello la sensación de sentirse juzgado.</p> <p>A4. Pesimismo defensivo. Asumir la posibilidad cierta de la maldad humana como vía de resistencia a la adversidad.</p> <p>A5. Culpa como un modo de asumir las propias responsabilidades ante los hechos y no perder la sensación de control sobre la propia vida.</p> <p>A6. Buscar una nueva identidad que permita la reconstrucción (en el caso del autor, ser un <i>testigo viviente</i>).</p> <p>A7. Buscar un cierto orden en el caos. El trabajo o las rutinas diarias como elementos de supervivencia.</p> <p>A8. Aceptar la realidad tal como es sin intentar entenderla. Flexibilidad cognitiva.</p>	<p>Aceptar que el hecho traumático es visto como inenarrable y no basar el apoyo en la narración del mismo.</p> <p>Asumir como axioma terapéutico que no es posible “entender” lo ocurrido. La sensación de alienación debe enfrentarse desde el apoyo, no afirmando gratuitamente que se “entiende” o “imagina” lo vivido por el otro.</p> <p>Reconceptualizar el repliegue como un movimiento positivo y ver alternativas al mismo que no supongan una amenaza.</p> <p>Reelaborar un sistema de creencias que sea capaz de integrar lo vivido.</p> <p>Reconceptualizar la culpa como necesidad de dar lógica y mantener el control.</p> <p>Considerar todos los elementos de respeto y</p>

La letra alude al texto y el número al párrafo del texto original del que procede este elemento. Así, A3 significa este aspecto ha sido extraído del párrafo 3 del resumen del texto de Primo Levi (A, a).

Autor / Texto ^a	Elementos que componen el hecho traumático	Consecuencias del hecho traumático	Elementos de resistencia	Caminos para una psicoterapia
	<p>(por el hecho de ser un ser humano).</p> <p>Culpa por haber sobrevivido (no es posible haber sobrevivido y ser inocente, aunque sólo sea por omisión).</p> <p>A10-A11. Absurdidad.</p> <p>Horror. Lo traumático es, por lo general, inherentemente absurdo.</p>			<p>dignidad como factores clave e irrenunciables en el apoyo a personas que han sufrido situaciones traumáticas.</p> <p>Dotar de un cierto sentido al absurdo (o aceptarlo como tal) para poder sobrevivir con ello.</p>

Víctor Frankl. (1946) El hombre en busca de sentido^{7a}.

De todos los supervivientes que han dejado sus memorias Frankl, psiquiatra austriaco, fue el que de manera más precoz pudo contar su experiencia. Su texto rebosa vitalidad y representa el paradigma del resistente desde un modelo de psicología positiva.

Primera fase: la entrada

1. “Por lo general, sólo se mantenían vivos aquellos prisioneros que tras varios años de dar tumbos de campo en campo, habían perdido todos sus escrúpulos en la lucha por la existencia; los que estaban dispuestos a recurrir a cualquier medio, fuera honrado o de otro tipo, incluidos la fuerza bruta, el robo, la traición o lo que fuera con tal de salvarse. Los que hemos vuelto de allí gracias a multitud de casualidades fortuitas o milagros -como cada cual prefiera llamarlos - lo sabemos bien: los mejores de entre nosotros no regresaron”. (Pág. 15).

“Los que estuvieron dentro no necesitan de estas explicaciones y los demás no entenderían ni cómo nos sentimos entonces ni cómo nos sentimos ahora.” (Pág. 17).

2. “Bajo ciertas condiciones [en la primera fase, de internamiento en el campo] el shock puede incluso preceder a la admisión formal del prisionero en el campo”. Pág. 19.

3. “Como el hombre que se ahoga y se agarra a una paja, mi innato optimismo (que tantas veces me había ayudado a controlar mis sentimientos aun en las situaciones más desesperadas) se aferró a este pensamiento: los prisioneros tienen buen aspecto, parecen estar de buen humor, incluso se ríen, ¿quién sabe? Tal vez consiga compartir su favorable posición”. Pág. 20.

“Algunos hombres perdían toda esperanza, pero siempre había optimistas incorregibles, que eran los compañeros más irritantes”. Pág. 43.

4. “(...) de uno de los prisioneros de más edad (...) hasta que rugió una palabra en respuesta a mi pregunta, una palabra que siempre estaba presente en el vocabulario de los internados en el campo: “¡Mierda!” Y en ese momento toda la verdad se hizo patente ante mí e hice lo que constituyó el punto culminante de la primera fase de mi reacción psicológica: borré de mi conciencia toda vida anterior”. Pág. 24.

5.. “Las ilusiones que algunos de nosotros conservábamos todavía las fuimos perdiendo una a una; entonces, casi inesperadamente, muchos de nosotros nos sentimos embargados por un humor macabro. Supimos que nada teníamos que perder como no fueran nuestras vidas tan ridículamente desnudas. Cuando las duchas empezaron a correr, hicimos de tripas corazón e intentamos bromear sobre nosotros mismos y entre nosotros. ¡Después de todo sobre nuestras espaldas caía agua de verdad! (...) (Pág 25)

^a Frankl V. El hombre en busca de sentido. Ed Herder. 1996 (Más de 20 reediciones) [Original de 1946].

“El humor es otra de las armas con las que el alma lucha por su supervivencia. Es bien sabido que, en la existencia humana, el humor puede proporcionar el distanciamiento necesario para sobreponerse a cualquier situación, aunque no sea más que por unos segundos. Yo mismo entrené a un amigo mío que trabajaba a mi lado en la obra para que desarrollara su sentido del humor”. (Pág. 51).

“Los escasos placeres de la vida del campo nos producían una especie de felicidad negativa -"la liberación del sufrimiento", como dijo Schopenhauer- pero sólo de forma relativa. Los verdaderos placeres positivos, aún los más nimios escaseaban. Recuerdo haber llevado una especie de contabilidad de los placeres diarios y comprobar que en el lapso de muchas semanas solamente había experimentado dos momentos placenteros”. (Pág. 54).

6. Aparte de aquella extraña clase de humor, otra sensación se apoderó de nosotros: la curiosidad. Yo había experimentado ya antes este tipo de curiosidad como reacción fundamental ante ciertas circunstancias extrañas. Cuando en una ocasión estuve a punto de perder la vida. en un accidente de montañismo, en el momento crítico, durante segundos (o tal vez milésimas de segundo) sólo tuve una sensación: curiosidad, curiosidad sobre si saldría con vida o con el cráneo fracturado o cualquier otro percance”. (Pág. 26).

Segunda fase: La vida en el campo.

7. “La apatía, el principal síntoma de la segunda fase, era un mecanismo necesario de autodefensa. La realidad se desdibujaba y todos nuestros esfuerzos y todas nuestras emociones se centraban en una tarea: la conservación de nuestras vidas y la de otros compañeros. Era típico oír a los prisioneros, cuando al atardecer los conducían como rebaños de vuelta al campo desde sus lugares de trabajo, respirar con alivio y decir: "Bueno, ya pasó el día." (Pág. 38).

“Con torpes pasos, [tras la liberación] los prisioneros nos arrastramos hasta las puertas del campo.(...) "¡Somos libres!", nos decíamos una y otra vez y aún así no podíamos creerlo. Habíamos repetido tantas veces esta palabra durante los años que soñamos con ella, que ya había perdido su significado. Su realidad no penetraba en nuestra conciencia; no podíamos aprehender el hecho de que la libertad nos perteneciera”. Pág. 89.

“Llegamos a los prados cubiertos de flores. Las contemplábamos y nos dábamos cuenta de que estaban allí, pero no despertaban en nosotros ningún sentimiento. El primer destello de alegría se produjo cuando vimos un gallo con su cola de plumas multicolores. Pero no fue más que un destello: todavía no pertenecíamos a este mundo. Por la tarde y cuando otra vez nos encontramos en nuestro barracón, un hombre le dijo en secreto a otro: "¿Dime, estuviste hoy contento?" Y el otro le contestó un tanto avergonzado, pues no sabía que los demás sentíamos de igual modo: "Para ser franco: no." Literalmente hablando, habíamos perdido la capacidad de alegrarnos y teníamos que volverla a aprender, lentamente”. (Pág. 90).

8. “Había dos escuelas de pensamiento: una era partidaria de comerse la ración de pan inmediatamente. Esto tenía la doble ventaja de satisfacer los peores retortijones del hambre, los más dolorosos, durante un breve período de tiempo, al menos una vez al día, e impedía

posibles robos o la pérdida de la ración. El segundo grupo sostenía que era mejor dividir la porción y utilizaba diversos argumentos. Finalmente yo engrosé las filas de este último grupo”. (Pág. 41).

“El hombre que se dejaba vencer porque no podía ver ninguna meta futura, se ocupaba en pensamientos retrospectivos (...) tendencia a mirar al pasado como una forma de contribuir a apaciguar el presente y todos sus horrores haciéndolo menos real. Pero despojar al presente de su realidad entrañaba ciertos riesgos (...) Ese ver nuestra "existencia provisional" como algo irreal constituía un factor importante en el hecho de que los prisioneros perdieran su dominio de la vida; en cierto sentido todo parecería sin objeto. Tales personas olvidaban que muchas veces es precisamente una situación externa excepcionalmente difícil lo que da al hombre la oportunidad de crecer espiritualmente más allá de sí mismo. En vez de aceptar las dificultades del campo como una manera de probar su fuerza interior, no toman su vida en serio y la desdeñan como algo inconsecuente. Prefieren cerrar los ojos y vivir en el pasado(...)”. (Pág. 74).

9. “Mientras marchábamos a trompicones (...) cada uno pensaba en su mujer (...) a quien vislumbraba con extraña precisión. La oía contestarme, la veía sonriéndome con su mirada franca y cordial. Real o no, su mirada era más luminosa que el sol del amanecer” (...). (Pág. 45).

10. “Una tarde en que nos hallábamos descansando sobre el piso de nuestra barraca, muertos de cansancio, los cuencos de sopa en las manos, uno de los prisioneros entró corriendo para decirnos que saliéramos al patio a contemplar la maravillosa puesta de sol y, de pie, allá fuera, vimos hacia el oeste densos nubarrones y todo el cielo plagado de nubes que continuamente cambiaban de forma y color desde el azul acero al rojo bermellón” (...). (Pág. 48).

11. “El prisionero del campo de concentración temía tomar una decisión (...) resultado de un sentimiento muy fuerte que consideraba al destino dueño de uno y creía que, bajo ningún concepto, se debía influir en él. Estaba además aquella apatía que, en buena parte, contribuía a los sentimientos del prisionero. A veces era preciso tomar decisiones precipitadas que, sin embargo, podían significar la vida o la muerte. El prisionero hubiera preferido dejar que el destino eligiera por él. Este querer zafarse del compromiso se hacía más patente cuando el prisionero debía decidir entre escaparse o no escaparse del campo”. (Pág. 62).

12. “Cualquier tentativa de combatir la influencia psicopatológica que el campo ejercía sobre el prisionero mediante la psicoterapia o los métodos psicosociales debía alcanzar el objetivo de conferirle una fortaleza interior, señalándole una meta futura hacia la que poder volverse. De forma instintiva, algunos prisioneros trataban de encontrar una meta propia. El hombre tiene la peculiaridad de que no puede vivir si no mira al futuro(...)”. (Pág. 75).

13 “Una vez que nos fue revelado el significado del sufrimiento, nos negamos a minimizar o aliviar las torturas del campo a base de ignorarlas o de abrigar falsas ilusiones o de alimentar un optimismo artificial. El sufrimiento se había convertido en una tarea a realizar y no queríamos volverle la espalda”. (Pág. 80)

“Seguidamente me referí a las muchas oportunidades existentes para darle un sentido a la vida. Hablé a mis camaradas (que yacían inmóviles, si bien de vez en cuando se oía algún suspiro) de que la vida humana no cesa nunca, bajo ninguna circunstancia, y de que este infinito significado de la vida comprende también el sufrimiento y la agonía, las privaciones y la muerte. Pedí a aquellas pobres criaturas que me escuchaban atentamente en la oscuridad del barracón que hicieran cara a lo serio de nuestra situación. No tenían que perder las esperanzas, antes bien debían conservar el valor en la certeza de que nuestra lucha desesperada no perdería su dignidad ni su sentido. Les aseguré que en las horas difíciles siempre había alguien que nos observaba –un amigo, una esposa, alguien que estuviera vivo o muerto, o un Dios- y que sin duda no querría que le decepcionáramos, antes bien, esperaba que sufriéramos con orgullo -y no miserablemente - y que supiéramos morir.

Y, finalmente, les hablé de nuestro sacrificio, que en cada caso tenía un significado. En la naturaleza de este sacrificio estaba el que pareciera insensato para la vida normal, para el mundo donde imperaba el éxito material. Pero nuestro sacrificio sí tenía un sentido. Los que profesaran una fe religiosa, dije con franqueza, no hallarían dificultades para entenderlo. Les hablé de un camarada que al llegar al campo había querido hacer un pacto con el cielo para que su sacrificio y su muerte liberaran al ser que amaba de un doloroso final. Para él, tanto el sufrimiento como la muerte y, especialmente, aquel sacrificio, eran significativos. Por nada del mundo quería morir, como tampoco lo queríamos ninguno de nosotros.

Mis palabras tenían como objetivo dotar a nuestra vida de un significado, allí y entonces, precisamente en aquel barracón y aquella situación, prácticamente desesperada. Pude comprobar que había logrado mi propósito, pues cuando se encendieron de nuevo las luces, las miserables figuras de mis camaradas se acercaron renqueantes hacia mí para darme las gracias, con lágrimas en los ojos. Sin embargo, es preciso que confiese aquí que sólo muy raras veces hallé en mi interior fuerzas para establecer este tipo de contacto con mis compañeros de sufrimientos y que, seguramente, perdí muchas oportunidades de hacerlo”. (Pág. 83 y 84).

14. “Aparte de la deformidad moral resultante del repentino aflojamiento de la tensión espiritual, otras dos experiencias mentales amenazaban con dañar el carácter del prisionero liberado: la amargura y la desilusión que sentía al volver a su antigua vida. La amargura tenía su origen en todas aquellas cosas contra las que se rebelaba cuando volvía a su ciudad. Cuando, a su regreso, aquel hombre veía que en muchos lugares se le recibía sólo con un encogimiento de hombros y unas cuantas frases gastadas, solía amargarse preguntándose por qué había tenido que pasar por todo aquello. Cuando por doquier oía casi las mismas palabras: "No sabíamos nada" y "nosotros también sufrimos", se hacía siempre la misma pregunta. ¿Es que no tienen nada mejor que decirme?”.(Pág. 92).

Autor / Texto ^a	Elementos que componen el hecho traumático	Consecuencias del hecho traumático	Elementos de resistencia	Caminos para una psicoterapia
<p>Victor Frankl. El hombre en busca de sentido.</p>				

La letra alude al texto y el número al párrafo del texto original del que procede este elemento. Así, A3 significa este aspecto ha sido extraído del párrafo 3 del resumen del texto de Primo Levi (A, a).

Autor / Texto ^a	Elementos que componen el hecho traumático	Consecuencias del hecho traumático	Elementos de resistencia	Caminos para una psicoterapia
<p>Victor Frankl. <i>El hombre en busca de sentido.</i></p>	<p>B1. Lo inenarrable del trauma. Culpa por sobrevivir.</p> <p>B2. Incredulidad –shock– ruptura de las creencias básicas sobre la bondad del mundo.</p> <p>B8. Pensamientos rumiativos sobre el pasado.</p> <p>B11. Enfrentarse el azar y al absurdo.</p> <p>B11. Presión en las decisiones y culpa retrospectiva posterior</p> <p>B14. Nadie puede entender. Lo traumático es incomprensible.</p>	<p>B1 y B14. –Aislamiento– Contar genera rechazo. Sensación radical de incomprensión y alienación.</p> <p>B2. Ruptura de la confianza en el mundo</p> <p>B7. Anestesia afectiva y emocional. Cosificación.</p> <p>B11. Problemas derivados de buscar sentido al azar</p> <p>B14. Incapacidad para sentir emociones.</p>	<p>B1. Silencio</p> <p>B3. Optimismo como herramienta clave para sobrevivir.</p> <p>B4. Flexibilidad. Capacidad para aceptar y adaptarse a la nueva realidad.</p> <p>B5. Humor defensivo. Uso del humor negro o el humor sobre uno mismo como elemento desdramatizador.</p> <p>B6. Curiosidad como elemento de supervivencia.</p> <p>B7. Cosificación de uno mismo. Apatía. Dejarse llevar en lugar de enfrentar la adversidad de modo directo.</p> <p>B8. Uso de la autodisciplina como modo de mantener la sensación de control sobre la propia vida.</p> <p>B9. Refugiarse en imágenes positivas. Rescatar los afectos.</p> <p>B10. Poder, incluso en el horror, rescatar la belleza de las pequeñas cosas.</p> <p>B12. Búsqueda de una meta</p> <p>B13. Dar significado al sufrimiento. Este es visto como el estado natural de las cosas, como reto y como fin.</p>	<p>Vencer el silencio. El deber de contar.</p> <p>Optimismo inteligente – Pesimismo defensivo como valores de supervivencia.</p> <p>Flexibilidad – rigidez.</p> <p>Desarrollo de la capacidad de reírse de uno mismo y de la adversidad. Sentido del humor.</p> <p>Curiosidad y deseo de vivir.</p> <p>Dotar de sentido a la vida. Buscar una meta.</p> <p>Dotar de significado al sufrimiento.</p>

La letra alude al texto y el número al párrafo del texto original del que procede este elemento. Así, A3 significa este aspecto ha sido extraído del párrafo 3 del resumen del texto de Primo Levi (A, a).

Jean Amery. Más allá de la culpa y la expiación. Tentativas de superación de una víctima de la violencia^{8a}.

Jean Amery, filósofo austriaco (cambia su nombre en la clandestinidad) escribe en 1977 un texto duro, sin miramientos, testamento también antes de suicidarse, un año después en 1978. Representa la cara diametralmente opuesta a Víctor Frankl y en cierto modo a Primo Leví a los que no duda en criticar por sus posturas que él considera frías en su ecuanimidad. Reivindica el derecho moral al resentimiento y el deber social del castigo desde su descripción de la tortura como una experiencia inasimilable e y devastadora que no tiene reparación posible.

En las fronteras del espíritu.

1. “Quien se regía por el espíritu era incapaz de entender que la lógica había cambiado. Frente a él, frente al prisionero, las SS empleaban una lógica del exterminio que en sí misma operaba con tanta coherencia como en el mundo exterior la lógica de la conservación de la vida. Se debía mostrar un afeitado perfecto, pero la posesión de adminículos para afeitarse estaba severamente prohibida...” (pg 65). “Al comienzo conservaba su fe en la validez de una loca tradición de sabiduría rebelde, que negaba toda posibilidad de existencia a cuanto no fuera lícito que existiese (...) la rebelión interior, la murmuración entre dientes de fórmulas de conjuro, como «pero si no es posible», no duraba demasiado. Tras un cierto tiempo se imponía inevitablemente una actitud que era algo más que simple resignación y que podríamos describir como aceptación no sólo de la lógica, sino también del sistema de valores de las SS. (Pág.66).

“No se ha dicho gran cosa cuando alguien que jamás ha sufrido una paliza asevera con énfasis ético-patético que con el primer golpe el detenido pierde su dignidad humana. He de confesar que no sé exactamente qué es la dignidad humana. (...) Sin embargo, estoy seguro de que ya con el primer golpe que se le asesta pierde algo que tal vez podríamos denominar provisionalmente confianza en el mundo. En la confianza en el mundo intervienen varios supuestos: la fe irracional en el férreo principio de causalidad, injustificable desde un punto de vista lógico, por ejemplo, o la convicción, igualmente ciega, sobre la validez de las inferencias inductivas. Pero el supuesto más importante de esta confianza -y el único relevante en nuestro contexto - es la certeza de que los otros, sobre la base de contratos sociales escritos o no, cuidarán de mí, o mejor dicho, respetarán mi ser físico y, por lo tanto, también metafísico.(...) Se parece a una violación, a un acto sexual sin el consentimiento de una de las partes. Por supuesto, mientras subsista siquiera la más mínima esperanza de defenderse con éxito, se activa un mecanismo (...) Cuando no cabe esperar ninguna ayuda, la violación corporal perpetrada por el otro se torna una forma consumada de aniquilación total de la existencia. La esperanza de socorro, la certeza de ayuda forman parte, en efecto, de las experiencias fundamentales del ser humano (...). (Pág. 90 y 91).

^a La numeración indicada corresponde a la edición en Ed Pre-Textos. Valencia. 2001.

La vida recogida en un único, limitado sector del cuerpo, es decir, en las articulaciones del húmero, no reacciona, pues se encuentra agotada completamente por el esfuerzo físico. Un esfuerzo que ni siquiera en personas de constitución robusta puede prolongarse mucho. En cuanto a mí respecta, tuve que rendirme pronto. Oí entonces un crujido y una fractura en mis espaldas que mi cuerpo no ha olvidado hasta hoy (...). (Pág. 97).

“Quien ha sufrido la tortura, ya no puede sentir el mundo como su hogar. La ignominia de la destrucción no se puede cancelar. La confianza en el mundo que ya en parte se tambalea con el primer golpe, pero que con la tortura finalmente se desmorona en su totalidad, ya no volverá a restablecerse. En el torturado se acumula el terror de haber experimentado al prójimo como enemigo: sobre esta base nadie puede otear un mundo donde reine el principio de la esperanza. La víctima del martirio queda inerme a merced de la angustia. Será ella quien de aquí en adelante reine sobre él. La angustia y además todo aquello que solemos llamar resentimientos. También estos sentimientos permanecen y apenas tienen oportunidad de concentrarse en una espumeante y catártica sed de venganza”. (Pág.107 y 108).

2. “Se entregaban a su deber con toda el alma, lo que significaba poder, dominio sobre espíritu y carne, exceso en la autoexpansión desenfrenada. Tampoco he olvidado que hubo momentos en que traté a la soberanía torturadora que ejercían sobre mi cuerpo con una suerte de respeto ignominioso. Pues quien es capaz de reducir a un hombre completamente a cuerpo y a quejumbrosa presa de la muerte ¿no se asemeja tal vez a un dios o al menos a un semidiós?. (Pág.101)

3. La tortura

“Cuando se habla de la tortura hay que tener cuidado de no exagerar. Lo que se me infligió en aquella inefable cámara de Breendonk no fue ni con mucho la forma mas grave de suplicio. No se me introdujeron agujas incandescentes bajo las uñas, ni se apagaron cigarros sobre mi torso desnudo. Solo sufrí lo que aun he de narrar más adelante, fue un tormento relativamente benigno y tampoco ha dejado en mi cuerpo cicatrices llamativas. Y sin embargo, veintidós años después de lo sucedido, sobre la base de una experiencia que no agotó todas las posibilidades del dolor físico, me atrevo a afirmar que la tortura es el acontecimiento mas atroz que un ser humano puede conservar en su interior”. (Pág. 83).

La relación con el otro torturador.

“Podemos alegar como única disculpa la experiencia personal; además debemos añadir como explicación que la tortura posee el *character indelebilis*. Quien ha sido torturado, permanece tal. La tortura deja un estigma indeleble, aunque desde un punto de vista clínico no sea reconocible ninguna traza objetiva”. (Pág. 98).

“Una ligera presión con la mano provista de un instrumento de suplicio basta para transformar al otro, incluida su cabeza, donde tal vez se conservan las filosofías de Kant, Hegel y las nueve sinfonías completas y *El mundo como voluntad y representación*, en un puerco que grita estridentemente de terror cuando lo degüellan en el matadero. El torturador mismo puede entonces, cuando ha ejecutado todo, expandiéndose en el cuerpo del prójimo y extinguiendo cuanto le quedaba de espíritu a la víctima, fumarse un cigarrillo o desayunar

o, si tiene ganas, ensimismarse en la lectura de *El mundo como voluntad y representación*". (Pág.101).

4. "La muerte estaba omnipresente (...) pero para el prisionero (...) los problemas que denominamos "metafísicos" se tornaron superfluos" (pg 76-77). "(...) el hombre de las SS me aseguró cordialmente que se había ordenado mi fusilamiento inmediato, recibí la comunicación con absoluta imperturbabilidad(...). Recuerdo con nitidez cómo mis camaradas, en cuyos barracones se esperaban selecciones para las cámaras de gas no las mencionaban pero sí discutían sobre la consistencia de la sopa del día (...). La realidad del campo triunfaba con facilidad sobre la muerte y sobre la constelación de las llamadas cuestiones últimas. También aquí el espíritu se topaba con sus límites". (Pág.77).

Resistencia y Crecimiento.

5. "Antes de nada contestaré con un par de negaciones. En Auschwitz no nos hemos hecho más sabios, siempre que por sabiduría se entienda un saber positivo sobre el mundo: nada de cuanto comprendimos en el interior del campo nos habría sido imposible comprenderlo también fuera, nada se nos transformó en una guía práctica. Tampoco en el campo hemos llegado a ser mas «profundos», suponiendo que la fatal profundidad sea una dimensión espiritualmente definible. Salta a la vista, creo, que en Auschwitz ni siquiera nos hemos hecho mejor, más humano más filantrópico ni más maduro moralmente No se puede ser testigo de los crímenes del hombre deshumanizado sin cuestionar todas las nociones sobre la dignidad innata del ser humano. Del campo salimos desnudos, expoliados, vacíos, desorientados -y tuvo que pasar mucho tiempo antes de que reapreitiésemos el lenguaje cotidiano de la libertad. (Pág.79).

"(...) al abandonar Auschwitz no éramos ni más sabios ni más profundos, pero sí más avisados". (Pág. 80).

6. **¿Quiénes resisten?:** "No es tan fácil liberarse de la tortura, como tampoco lo es responder a la pregunta por las posibilidades y límites de la capacidad de resistencia. He hablado con numerosos compañeros sobre el tema e intentado revivir diversas experiencias ¿Es verdad que el hombre valiente resiste? No estoy tan seguro(...). ¿Qué es la fuerza? ¿Qué es la debilidad? No lo sé. Nadie lo sabe". (Pág.103).

7. En este punto es necesario detenerse y abrir un paréntesis para hablar del prisionero con firmes convicciones tanto religiosas como político-ideológicas, cuya posición divergía esencialmente de la del preso intelectual y humanista. (...) ingresé en las cárceles y campos de concentración como agnóstico y como tal abandoné el infierno cuando fui liberado (...) Ni jamás había sido militante comprometido o simpatizante cercano a una determinada ideología política. Sin embargo, he de reconocer que sentía y siento una gran admiración tanto por los camaradas creyentes como por los comprometidos (...) su fe religiosa o política les ofrecía una ayuda inestimable en los momentos cruciales (...). (Pág. 68).

8.. "Recuerdo aquella vez en que un enfermero me regaló un plato de sémola dulce que devoré con avidez, accediendo a un estado de extraordinaria euforia espiritual. Con profunda conmoción pensé, en primer lugar, en el fenómeno de la bondad humana. (...). Y

de repente mi conciencia se inundó con un caos de contenidos literarios, de fragmentos musicales y de reflexiones filosóficas que parecían brotar de mi propia persona. Un indómito deseo de espiritualidad se apoderó de mí y se vio acompañado de un sentimiento de autocompasión penetrante que me hizo llorar a lágrima viva (...) Parecidos sentimientos de ebriedad sobrevinieron con frecuencia también a compañeros de infortunio, mientras comían a disfrutaban de un cigarrillo desacostumbrado. Como todas las ebriedades, dejaban tras de sí un sentimiento desolado y resacoso de vacío y vergüenza”. (Pág.64).

Resentimientos

9. “Pero al sugerir pareja tentativa de réplica ¿me encuentro en la posesión de mis plenas facultades mentales? Me ausculto con sospecha: podría estar enfermo, pues la científicidad objetiva, partiendo de la observación de nuestra condición de víctima, ha elaborado, con admirable distanciamiento, el concepto de ~KZ-Syndroms~ [síndrome de campo de concentración]. Todos nosotros padeceríamos, según leo en un libro, recién publicado, sobre Secuelas tras la Persecución Política, no sólo daños físicos, sino también psíquicos. Los rasgos caracteriológicos que condicionan nuestra personalidad estarían desfigurados. Desasosiego nervioso y repliegue hostil sobre nuestro propio yo serían los síntomas de nuestro cuadro clínico. Estaríamos, según dicen, «deformados». Esto me hace pensar de pasada en mis brazos dislocados tras mis espaldas durante la tortura. Pero todo esto me obliga también a redefinir nuestra deformación o torcedura como expresión de una humanidad con un rango moral e histórico superior a la salutífera derechura. Es preciso delimitar pues mi resentimiento desde dos perspectivas, defenderlo frente a dos definiciones: contra Nietzsche que condenó el resentimiento desde una perspectiva moral, y contra la moderna psicología que lo reduce a un conflicto perturbador”. (Pág. 148).

“Sé qué objeción suscita cuanto he expuesto aquí, a saber: que no es sino un modo de disfrazar con palabras bellas o no tan bellas, mas en cualquier caso pretenciosas, un deseo de venganza bárbaro y primitivo felizmente superado por el progreso de la moralidad”. (Pág. 150).

9. Sólo yo estaba, y estoy en posesión de la verdad moral de los golpes que aún hoy me resuenan en el cráneo y, por tanto, me siento más legitimado a juzgar, no sólo respecto a los ejecutores, sino también a la sociedad que sólo piensa en su supervivencia. La comunidad social no atiende sino a su propia seguridad, y no se deja afectar por la vida dañada: mira hacia delante, en el mejor de los casos para que no se repita algo similar. Mis resentimientos existen con el objeto de que el delito adquiriera realidad moral para el criminal, con el objeto de que se vea obligado a enfrentar la verdad de su crimen. (Pág. 151).

“De ahí mis reparos a la reconciliación, dicho con más exactitud: el convencimiento de que una disponibilidad a la reconciliación proclamada públicamente por las víctimas del nazismo no puede representar más que insensibilidad e indiferencia frente a la vida o conversión masoquista de una exigencia de venganza auténtica reprimida. Sólo perdona realmente quien consiente que su individualidad se disuelva en la sociedad, y quien es capaz de concebirse como función del ámbito colectivo, es decir, como sujeto embotado e indiferente”. (Pág. 152)

Autor / Textoa	Elementos que componen el hecho traumático	Consecuencias del hecho traumático	Elementos de resistencia	Caminos para una psicoterapia
Jean Amery. <i>Más allá de la culpa y la expiación.</i>				

La letra alude al texto y el número al párrafo del texto original del que procede este elemento. Así, A3 significa este aspecto ha sido extraído del párrafo 3 del resumen del texto de Primo Levi (A, a).

Autor / Texto	Elementos que componen el hecho traumático	Consecuencias del hecho traumático	Elementos de resistencia	Caminos para una psicoterapia
<p>Jean Amery. Más allá de la culpa y la expiación.</p>	<p>C1. Ruptura de la lógica del mundo. El mundo deja de ser un lugar regido por normas, previsible, predecible, seguro.</p> <p>C2. Pérdida de fe en el ser humano.</p> <p>C3. Ambivalencia.</p> <p>C3. Experimentar la vulnerabilidad absoluta, el terror y la indefensión, rotura del principio incuestionable de la relación de ayuda entre humanos.</p> <p>C4. Lo real (la muerte) se convierte en impensable.</p>	<p>γ1. Inseguridad. El mundo es un lugar impredecible, aterradorante.</p> <p>γ2. Humillación – Atracción hacia lo oscuro (shame).</p> <p>γ3. La marca es indeleble.</p> <p>γ5. Crecimiento post-traumático. No aprendimos nada útil de nosotros mismos o los otros.</p> <p>γ9. Resentimiento.</p>	<p>C1. Necesidad (e imposibilidad) de buscar una nueva lógica para poder sobrevivir.</p> <p>C2. Adaptación a la adversidad si no es posible enfrentarse a ella.</p> <p>C7. Las convicciones profundas o la fe permiten dar sentido y aumentar la resistencia.</p> <p>C8. Gestos de solidaridad y de bondad incluso en contextos extremos.</p> <p>C8. La felicidad de las pequeñas cosas. Hasta en las situaciones más adversas es posible rescatar algunos momentos de felicidad</p> <p>C9. Resentimiento</p>	<p>1. Aceptar lo ilógico</p> <p>3. Buscar, para sobrevivir, el compromiso personal en el afrontamiento de la adversidad</p> <p>3. Imposibilidad de volver atrás. Trabajar para integrar, no para olvidar.</p> <p>5. Proponer el reto de buscar posibles aprendizajes (NO aspectos positivos)</p> <p>8. Medicalizar el sufrimiento puede constituir una forma de retraumatización.</p> <p>10. Aceptar como opción el rechazo del perdón o la reconciliación como moralmente inaceptables.</p>

La letra alude al texto y el número al párrafo del texto original del que procede este elemento. Así, A3 significa este aspecto ha sido extraído del párrafo 3 del resumen del texto de Primo Levi (A, a).

1. Criterios para una comprensión del concepto de Trauma y de Respuesta Post-Traumática.

A partir de las reflexiones anteriores surge que lo nuclear del hecho traumático se podría acercar a los siguientes criterios que, posteriormente, compararemos con el DSM-IV-R:

Cuadro 1

Concepto de Trauma

1. Una experiencia que constituye una amenaza para la integridad física o psicológica de la persona
Asociada con frecuencia a vivencias de caos y confusión durante el hecho, fragmentación del recuerdo (A2), absurdidad, horror (A10,A11), ambivalencia (C2) o desconcierto (A4).
2. Que tiene un carácter
 - △ Inenarrable, incontable (A1, B1)
 - △ Incomprensible para los demás (A1, B14)
3. Que quiebra una o más de las asunciones básicas que constituyen los referentes de seguridad del ser humano y muy especialmente las creencias de invulnerabilidad y de control sobre la propia vida
 - △ La confianza en los otros, en su bondad y su predisposición a la empatía (B2, A3, C2)
 - △ La confianza en el carácter controlable y predecible del mundo (B3, C1)
4. Que cuestiona los esquemas del yo y del yo frente al mundo (A6, A8)

Una definición de las consecuencias psicológicas del hecho traumático debería tomar en consideración al menos los elementos siguientes:

Cuadro 2

Respuesta a situaciones traumáticas

1. El hecho traumático se asocia a una marca, consciente o inconsciente, pero indeleble (γ 3)
2. Sensación de alineación respecto a quien no ha vivido la experiencia traumática (α 1). Aislamiento (β 1, β 14)
3. Repliegue emocional y afectivo (β 7)
4. Necesidad de reconstruir lo ocurrido y rellenar los espacios buscando un sentido o un nuevo final (α 3)
5. Cuestionamiento de uno mismo y su posición en el mundo (α 7)
 - » Frente a vivencias de responsabilidad personal y culpa (*guilt*) (α 5)
 - » Frente a sensaciones de humillación o vergüenza (*shame*) (α 6, γ 2)
6. Cuestionamiento de presunciones básicas sobre
 - » La bondad del ser humano y su carácter cercano (α 4)
 - » La predictibilidad del mundo (β , γ 1)
 - » La capacidad de control sobre la propia vida (β)
7. Que conlleva procesos personales de reformulación e integración de la experiencia y desencadena elementos de crecimiento postraumático ($\alpha\beta\gamma$)

2. La mirada transcultural

El trabajo con Levi, Amery y Frankl nos permite delimitar un espacio de comprensión desde la experiencia de supervivientes europeos de situaciones traumáticas extremas. Para poder constituir una referencia de trabajo, estos apuntes deberían tener una validez transcultural.

Para ampliar la mirada se propone a continuación trabajar con textos de supervivientes de culturas colectivistas no europeas^a : Camboya, Japón, India, Rwanda y población maya de Guatemala.

1. Camboya : supervivientes del Khmer rojo.

Los supervivientes confrontan a sus carceleros.

^a Se recomienda leer *con posterioridad a realizar el ejercicio* la sección sobre elementos de psicología y psiquiatría transcultural relevantes en la comprensión de las respuestas postraumáticas, y reanalizar las respuestas dadas.

El gobierno Khmer Rojo estableció una dictadura de corte ultra maoísta entre 1975 y 1979, exterminando en ese periodo en ejecuciones sistemáticas en masa a más de dos millones de personas, el 30% de la población total del país. Rithy Pahn, escritor y director de cine, propició entre 1996 y 1997 encuentros entre ex prisioneros y guardas del campo de exterminio khmer rojo S-21⁹. El campo funcionó entre 1975 y 1979 y de 14.000 detenidos que pasaron por él, solo 6 sobrevivieron. Pahn los entrevistó y facilitó los encuentros. Lo que sigue son extractos de algunas de las entrevistas.

- Nath : *“Yo tengo dos tipos de heridas. Una es la herida corporal. Me han electrocutado para buscar una traición, un dato de enemigos que no conocía. (...). La otra es una herida en las emociones, psicológica. Vivo con miedo. Me han arrebatado todo aquello que constituye lo humano, me han quitado el derecho a ser humano. Me han atado y abandonado en una esquina, hambriento, indigno, humillado... Cuando uno atraviesa todo ese sufrimiento, nunca va a poder olvidarlo. (...). Yo quisiera vivir como un padre, con los mimos derechos que los demás. Pero los humanos, cuando reciben una tortura así de profunda, nunca van a poder olvidar. Aún hoy en día tengo miedo a todo sin razón. Tengo miedo y nunca puedo encontrar las causas.*

- Khan : *“Pero yo tampoco puedo olvidar. Yo estuve también en S-21. Yo fui un instrumento de la prisión. (...). Yo quiero que se haga un tribunal para juzgar a los que dieron las órdenes, para que las almas de los muertos y de los supervivientes encuentren la paz^a....*

- *“Pero yo no quiero que tú ruegas por las almas de los supervivientes ni de los que murieron – interrumpe violentamente Nath - . Porque aquellos que están muertos lo están por tus actos. Son víctimas de tus torturas. (...) Tú estabas al corriente de todo. Yo quiero que quede bien separado quienes fueron las víctimas, quienes fueron instrumentos y quienes dieron las órdenes. Son tres categorías bien distintas (...). Cuando haya justicia quizás me sienta más tranquilo porque no tendré más dudas sobre mí...*

Los torturadores bajaron la cabeza y se hizo un silencio....” (pp 240-2).

(...)

Nhat : *“¿Por qué? ¿Por qué?. ¿Cuándo veías las caras de los prisioneros, en tu corazón... ¿cómo podías?”.*

(silencio)

Houy : *“Los prisioneros pasaban y no estaban mas de uno o dos días... No eran personas” “Pensaba que si no hacía lo que debía, yo ocuparía su lugar...” “Tenia que hacerlo... sólo eso”. (...). “No sé qué decir... ha pasado mucho tiempo... En realidad he olvidado casi todo lo de aquellos años...”*

- Nhat : *¿Olvidar? ¿Olvidar? Aunque quiera olvidar yo no puedo olvidar. Esta noche, por ejemplo, sólo he dormido una hora. Cada vez que me desvelo me vienen una y otra vez las imágenes de la prisión. Yo no quiero, pero me vienen solas. Yo te veo ahora, y te veré esta noche, en mis pesadillas, en frente de mí como estabas en aquella época, como*

^a En el año 2006, veinte años después del final del régimen de Pol Pot, aún no ha habido ningún juicio ni existen expectativas de que lo haya.

caminabas, como hablabas, tus gestos... Tu voz volverá. Todo vuelve una y otra vez...(...) Si quiero dormir, tengo que tomar medicación.. Yo no quiero pensar en el pasado, pero el pasado me persigue...” (pg 39.40)

Uno de los torturadores narra que tuvo ansiedad persecutoria al principio.

“Mi padre me recomendó: “Has matado a personas. Debes hacer una ceremonia a los muertos para que encuentren la paz, para que no tengan un mal karma en el futuro. (...). Hice la ceremonia para pedir a los muertos que enfrentaran un mal karma”

Hmon : “Les Khmer Rouge ejecutaron a legiones enteras de hombres. Mis padres, mis tíos... Dos o tres jóvenes soldados eran suficientes para detener y mandar a la muerte a legiones enteras de hombres. ¿Por qué?. Por que teníamos miedo... En esa época nos dejábamos coger. Nadie se resistía. Uno tendía las manos para que se las esposaran, se arrodillaba para que le dieran el golpe final en la cabeza con la piocha... No había resistencia, no había oposición...(...). Un hombre es más fácil de eliminar que un guisante. Los guisantes, al menos, se resisten a ser aplastados (...). Esa idea me persigue...”

El padre de uno de los torturadores que participa en el grupo dice:

“Cuando mis hijos estuvieron en casa siempre se comportaron bien, nunca insultaron a una persona mayor... Fueron indoctrinados por los Khmer, hicieron de ellos seres que podían matar hombres... (...) Yo di una buena educación a mis hijos... ¿Por qué tuvo que pasar esto? (pg 47)

“El interrogatorio era absurdo. Me golpeaban, me arrancaban las uñas preguntándome cosas como: “¿En qué año entraste en la CIA? ¿Cuándo entraste en la KGB? ¿Quién es tu jefe? ¿Quién es tu contacto?. Yo decía que no sabía nada...(...). Pero daba igual lo que contestara... nada paraba la tortura (...). Yo respondí no importa ni qué. (...). Destrozado, con la sangre coagulada, me desmayaba (...) estaba ya muerto en vida y no sabía nada (...) Denuncié a todo el mundo porque el dolor era insoportable. Tenía miedo y respondí no importa qué. No cometí ninguna falta... No hice mal a nadie. ¿Por qué me hicieron tanto daño a mí? (...). Por eso necesito que se escriba lo que sucedió...(...) Cada día pienso en mis niños muertos. Ruego a los dioses para no tener un mal karma si a causa de lo que hice, las personas a las que denuncié han sido tocadas por consecuencias nefastas... Cada día mi corazón vive atormentado con esta idea...” (pg 63)

2. Los hibakusha : supervivientes de Hiroshima y Nagasaki.

Michihiko Hachiya (1903-1980), médico japonés, sobrevivió a la bomba de Hiroshima pese a estar cerca del epicentro. Su libro *Diario de Hiroshima*¹⁰ escrito día a día en las 5 semanas siguientes, es un testimonio directo de lo sucedido en la ciudad en las semanas siguientes. Más de doscientas mil personas murieron en segundos. La ciudad quedó devastada.

Tras sufrir el impacto de la bomba el doctor Hachiya llega al hospital del que es director moribundo, permaneciendo en coma varios días. Cuando despierta:

“Al poco rato comenzaron a llegar las visitas. El personal del hospital, uno tras otro, vino a interesarse por mi salud y a desearme un pronto restablecimiento. Algunos realmente me abochornaron, pues estaban tan malheridos como yo. De haber podido me habría ocultado en algún rincón oscuro para que nadie me viera” (pp 28-29)

Todos los presentes tienen la necesidad de contar una y otra vez lo visto en su camino al hospital:

“Encontré una infinidad, quemados de cintura para arriba, el pecho cubierto de llagas. (...). Y lo peor es que no tenían cara. Nariz, ojos, bocas, todo quemado, parecía como si las orejas se les hubieran derretido. Casi no podía distinguirse entre pecho y espalda (...). Uno de esos soldados, que por único rasgo facial tenía la dentadura blanca y saliente, me pidió un poco de agua...” (pp. 31) “Contar estas espantosas experiencias producía un cierto alivio (...) tan increíble era el relato de aquellos horrores” (pp 32).

“Heridos y quemados ocupaban cada centímetro del andén de la estación, algunos de pie, otros echados. Todos imploraban que les dieran agua. De vez en cuando se oía la voz de una criatura que llamaba a su madre. Aquello era un infierno en la tierra...” (pp 33). “Al pensar en esa pobre gente herida, abrasada por sus quemaduras y por los rayos del sol, suplicando por agua, me sentía como si estar dónde estaba fuese un pecado” (pp 34).

“Padres enloquecidos de dolor llegaban preguntando por sus hijos Esposos buscaban desesperadamente a sus mujeres, hijos a sus padres...”(...)”Gradualmente la capacidad de comprender la intensidad de su sufrimiento, de compartir con ellos el dolor, la frustración y el horror fue menguando de tal forma que me encontré de pronto aceptando cuanto me habían contado con ecuanimidad. (...) Dos días habían bastado para que me adaptara a aquel ambiente de caos y desesperación” (pp 40)

“En la noche (...) apareció un hombre en la puerta. (...) Al aproximarse puede verle el rostro, o mejor lo dicho, lo que había sido un rostro, porque las llamas habían fundido sus rasgos faciales. Estaba ciego. (...). “¡Esta no es su sala! – grité presa de un pánico incontrolable -. El infeliz dio media vuelta y se fue por donde había venido. Estaba avergonzado de mi comportamiento pero el miedo había sido más fuerte. No puede dormir en toda la noche pensando en mi reacción” (pp 41)

“(Desde la bomba) vestía un par de pantalones mugrientos, una camisa agujereada (...) digno del rey de los vagabundos (...). Pero la miseria de esta pobre gente hacía que me avergonzara de estar tan bien vestido” (pp 67)

“Una anciana hasta cuyo camastro llegué en mi ronda me irritó bastante, porque no cesaba de suplicar que le quitáramos la vida. No estaba herida, no sentía dolores y en atención a su edad avanzada todos tratábamos de reconfortarla lo mejor posible; pero por única respuesta recibían un ruego histérico de que acabaran con sus padecimientos. (...). Toda su familia había muerto, de manera que ahora estaba sola en el mundo, pero otros sufrían como ella y a pesar de todo trataban de reprimir su dolor por consideración a los demás” (pp 75).

“Me preocupaba cualquier pequeño signo de enfermedad en mí (...). Me miraba una y otra vez al espejo buscando petequias (...). Estar tan cerca de la muerte no había dado un deseo irrefrenable de vivir”

“Quienes vivimos el pika en carne propia desarrollamos todos un sentido del humor bastante ordinario (humor negro)” (pp 139)

“Me reproché [los síntomas de neumonía de mi mujer]. ¿Por qué no la había vigilado más? ¿Cómo podría reconciliarme conmigo mismo si le pasaba algo a mi mujer?” (pp 147)

Los *hibakusha* o supervivientes han sido, por décadas, estigmatizados en Japón. Su aspecto, con heridas y escaras, los rumores sobre ser portadores de extrañas enfermedades etc, les han hecho no poder encontrar trabajo y ser discriminados socialmente.

Robert Jay Lifton entrevistó en profundidad a 75 *hibakusha* a principios de los 60, en promedio 15 años después de las bombas, realizando un extenso estudio en base a las transcripciones de entrevistas.

“Los *hibakusha* o supervivientes japoneses comparten una serie de rasgos notables. La experiencia, en la que murieron, casi siempre, toda la familia, vecinos, amigos, quedó destruida casa y lugar de trabajo, y la propia persona sobrevivió con la secuela de malformaciones, escaras permanentes o enfermedades infecciosas crónicas por la inmunodepresión, fue una experiencia instantánea – duró segundos -, sin preparación y de consecuencias devastadoras. Tres elementos aparecen de manera repetida en las entrevistas como dañados de modo irreparable:

- El sentido de conexión (“sense of connection”) con el mundo y con los demás. (pp 367 y siguientes)
- El sentido de integridad simbólica (“sense of symbolic integration”) entendido como el tener un sentido de coherencia y de significado de la vida propia, y como el intento de buscar algún tipo de trascendencia de la experiencia de la bomba atómica que de sentido a sobrevivir.
- El sentido del movimiento (“sense of movement”), de desarrollo y de cambio, en una lucha continua entre una fijación o no en la identidad personal como “*hibakusha*”.

A ello se añade problemas de seguridad y confianza (temor constante a una guerra, a nuevas bombas o a la destrucción del mundo) y una lucha contra una rabia “residual” o contenida, que dominaba sus relaciones con el mundo.

Para Lifton hay una ansiedad casi constante que correlaciona (pp 368) con la incapacidad para articular y dar sentido a la experiencia. Las respuestas “no sé qué decirle” o “no tengo palabras” son muy frecuentes. Esto tenía que ver con el modo de reacción :

“Dejarse llevar. La no-resistencia en relación con misterios últimos de la vida a los que no es posible llegar y que es mejor aceptar como vienen. El sentido de la resignación [en japonés *akirame*] que está en relación con sentir que uno está en medio de fuerzas que escapan completamente a su control. No es pasividad, que tiene que ver con abandono, sino resistencia pasiva: Ocurra lo que ocurra, sigo adelante; una cierta idea de voluntad humana

indestructible, de tentetieso que se levanta. Esta propia autoimagen de aceptar lo que viene y seguir permite dar una imagen interna de conexión, cohesión y movimiento”.

“Cuando [la bomba cayó] recuerdo que pensé: “Bueno, esto es la guerra”.... Así piensa un japonés...”

Esta idea de la resistencia pasiva como virtud tendría sus raíces en el budismo japonés, independientemente de ser creyente o no

“Al principio me preguntaba porqué me estaba sucediendo todo esto, y tenía resentimiento contra la vida. Pero habiéndome sido dada la vida como ser humano, llegué a la conclusión de que debía haber sembrado malas semillas en una vida anterior.... y ahora estaba siendo castigada por ello.... Esta idea me dio una gran paz interior” (ib pp 375).

Esta resignación no evita, en las entrevistas realizadas, que haya un sufrimiento psicológico profundo, pero da un marco de comprensión y afrontamiento. Es sólo un apoyo frente al dolor individual por todo lo perdido y el modo en que fue perdido, que es, en la descripción de Lifton, desgarrador.

Lifton remarca que lo que cruza todas las emociones de los supervivientes es la culpa. La culpa por el hecho de estar vivo mientras todos los seres queridos han fallecido aparece *en la casi totalidad* de las personas entrevistadas.

“Quienes murieron así, deben vagar sus espíritus llenos de ansiedad.... ¿Qué podemos hacer por ellos?” (pp 369)

“Cuando pienso en mis niños pequeños, mi culpa no tiene límites” (pp 382)

Esto permite, en algunos casos, tratamientos tradicionales para restaurar el equilibrio: *“Estábamos en el templo y hacia el final de la ceremonia mi padre apareció entre los dioses... Fue el maestro quien me dijo que mi padre estaba entre los dioses. Y me dijo que esta clase de visiones eran muy raras y significaba que mi padre había alcanzado un estado muy elevado y que estaba muy preocupado por lo que me estaba pasando a mí... y también el hecho de que hubiera aparecido entre los dioses significaba que me estaba protegiendo. Desde entonces... he tenido la sensación muy fuerte de que mi padre estaba conmigo como mi aliado [mikata]”*

Lifton describe algunos supervivientes que actuaban con actitudes de permanente hostilidad hacia el mundo, egocentrismo extremo, procurando sacar lo que podían de todos los familiares y amigos, con actitudes hostiles. Ante las quejas de la familia, expresiones como “desearía que los demás hubieran pasado por esto para que pudieran entender cómo me siento” (pp 387). Para Lifton, el mundo simbólico y de valores se ha caído. En un mundo así, todo vale.

“Normalmente se habla –dice Lifton en 1967 – de que el hecho traumático rompe la ilusión de invulnerabilidad del ser humano. Pero en el caso de los supervivientes va más

allá y “la fe en la matriz humana se ha hundido, la estructura general del sentido de la existencia. La muerte, omnipresente, lo domina todo.” (pp 481).

La omnipresencia de la muerte y los duelos crónicos imposibles de resolver (de vidas, cosas materiales, proyecto de vida...) transforman la manera de ser de la persona en una “vida para el duelo”. Hay un duelo por quien era antes de que la muerte irrumpiera^a.

Culpa. La culpa se asocia a (a) la idea de una muerte contra natura (es normal que un padre muera, no es aceptable que muera un niño), (b) la idea irracional, pero universal, de que quien está vivo de alguna manera ocupa el lugar de otro, de uno de los que murió. Que una vida va en lugar de la otra. (pp 489), (c) el sentido de grupo y corresponsabilidad (“mi conducta provocó esto”, “Yo traje toda esta maldad”).

En este sentido Lifton cree que existe un refuerzo comunitario de la culpa, la creación de un espacio simbólico de “comunidad de culpables” en el que la autocondena está “en el aire”. “De hecho esta “culpabilidad compartida” fue el origen de que los hibakusha contactaran entre ellos y empezaran a formar grupos”.

Además, para Lifton, aparece lo que denomina “culpa identificatoria” que es “la tendencia a incorporar la imagen de una persona fallecida dentro de sí y pensar, actuar o sentir como se imagina que el otro lo haría” “Esta culpa identificatoria está basada en la tendencia a juzgarse a través de los ojos de los otros, tal y como resulta de la gran importancia y significado que la imagen internalizada de unos ojos acusatorios del fallecido tenía para casi todos los hibakusha. (...). Más que una dimensión individual de pecado, hay una dimensión pública, de vergüenza a los ojos de los demás. (...). Es una culpa en relación con la conexión entre humanos, dentro de la comunidad (...). La mirada acusadora de las deidades y sus grandes ojos que todo lo ven son, en este sentido, referentes para muchos supervivientes” (pp 495-6)

Sensación de vacío constante. En su opinión los hibakusha describen una sensación permanente de vacío que él entiende como un mecanismo de supervivencia Si las emociones penetran, son angustiantes. Tal vez es mejor no dejarlas penetrar. Hay una “inhibición de la respuesta emocional”, un “vacío afectivo”.

“Veo tu muerte, veo la muerte, pero nada me afecta. Tu muerte no tiene nada que ver conmigo..”.

“¿Cómo pudo usted sobrevivir? – le pregunté -. Simplemente dejé de sentir – me respondió” (ib pg 501)

“Me volví insensible a la muerte de seres humanos”. “Desde entonces soy un cadáver que vive, solo un cuerpo..”

Frente a esto, los casos de supervivientes que se casaron con otros supervivientes muy poco después de las bombas y tuvieron hijos muy rápidamente, en un intento de reafirmar la continuidad de la vida.

^a En este sentido Alberto Fernández-Liria (2000) ha propuesto que en realidad la patología traumática debería leerse desde las dinámicas del duelo y que el duelo es un marco conceptual más adecuado para el análisis de los fenómenos post-trauma que el del Trastorno de Estrés Posttraumático.

Somatizaciones Lifton describe por último la alta frecuencia de cuadros de neurastenia (cansancio crónico, fatiga, depresión, tono bajo, dolores de espalda o cabeza...).

3. Voces de Rwanda

El año 1994 vino marcado en la historia como el año del genocidio rwandés. El 6 de abril se inició un proceso de exterminio sistemático de la población tutsi a manos de sus vecinos hutus. En cuatro semanas fueron ejecutadas siguiendo órdenes de las propias autoridades hutus del país, con machete o martillo 800.000 personas, en muchas ocasiones en masacres colectivas. Tras unos años iniciales de silencio han ido surgiendo testimonios.

Se han publicado varios libros con recuentos de supervivientes del genocidio. Del libro de Jean Hatzfeld *Voces al desnudo* proceden los dos que siguen que proponemos trabajar con idéntico esquema.

1. Jeannette Ayinkamzye.

17 años, agricultora y costurera, vive en la colina de Kinyinya (Maranyundo).

Nací entre siete hermanos y dos hermanas. A papá lo tajaron el primer día, pero nunca supimos dónde. A mis hermanos los mataron poco después. Con mamá y mis hermanas pequeñas conseguimos huir hasta los pantanos. Aguantamos un mes bajo los enramados del papiro, casi sin ver ni oír nada del mundo.

Los días los pasábamos echados en el barro rodeados de serpientes y mosquitos, para protegernos de los ataques de los interahamwe. Por la noche vagábamos entre las casas abandonadas para buscar qué comer en las parcelas. Comíamos lo que encontrábamos, así que había muchos casos de diarrea; pero, por suerte, las enfermedades corrientes como la malaria parecían respetarnos por una vez. No sabíamos nada del exterior, salvo que los tutsis estaban siendo masacrados en todos los municipios y que todos moriríamos en poco tiempo.

Teníamos la costumbre de escondernos en pequeños grupos. Un día los interahamwe descubrieron a mamá debajo de los papiros. Mamá se levantó y les ofreció dinero para que la mataran de un solo machetazo. La desnudaron para quitarle el dinero anudado a su pareo. Le cortaron primero los brazos y luego las piernas. Mamá murmuraba: «Santa Cecilia, Santa Cecilia», pero no suplicaba.(...)

Este pensamiento me entristece. Pero me pone igual de triste recordarlo en voz alta que en voz silenciosa, por eso no me molesta contárselo a usted.

Mis dos hermanas pequeñas lo vieron todo porque estaban

Echadas al lado de mamá; a ellas también las golpearon. A Vanessa la hirieron en los tobillos, a Marie-Claire en la cabeza. Los matarifes no las despedazaron. Quizá porque tenían prisa, quizá lo hicieron a propósito, como con mamá. Yo sólo oí ruidos y gritos porque estaba disimulada en un hoyo un poco más lejos. Cuando los interahamwe se fueron salí y le di agua a mamá. (...) No tuve el arrojo de pasar la noche con ella. (...) Había que ocuparse primero de las hermanitas, que estaban malheridas pero no moribundas. Al día siguiente tampoco pudimos quedarnos con ella porque no teníamos más remedio que escondernos. Era la regla en los pantanos: cuando alguien estaba gravemente herido estábamos obligados a abandonarlo por la falta de seguridad. (...)

Ahora sueño a menudo con ella en una escena nítida en medio de los pantanos: miro el rostro de mamá, escucho sus palabras; le doy de beber pero el agua no puede pasarle por la garganta y rebosa directamente de sus labios; los asaltantes reanudan la persecución; me pongo de pie y empiezo a correr; cuando vuelvo al pantano pregunto por mamá a la gente, pero nadie la conoce ya como mi mamá; entonces me despierto.

El último día del genocidio, cuando los libertadores nos llamaron desde el borde del pantano, hubo entre nosotros quienes se negaban a salir de su escondite bajo los papiros con el pretexto de que era una nueva artimaña de los interahamwe. (...) Después, por la tarde, nos reunieron en el campo de fútbol de Nyamata; los más fuertes salieron a buscar en las casas ropa presentable. Aunque por fin podíamos comer caliente no mostrábamos ninguna alegría, porque pensábamos en los que habíamos dejado allí. Nos sentíamos como en los pantanos, salvo que nadie nos perseguía. Ya no había riesgo de muerte, pero seguíamos golpeados por la vida. (...).

Ahora trabajamos la tierra de la parcela. Tenemos para comer y reímos cuando podemos para que los niños se acerquen a la alegría. Pero ya no celebramos los cumpleaños porque nos da demasiada pena y porque cuesta demasiado dinero. Nunca discutimos, ni una vez por casualidad, porque no encontramos cómo ni por qué. A veces cantamos canciones de la escuela. Las dos niñas pequeñas han vuelto al colegio. Jean-de-Dieu está demasiado pensativo desde que recibió un machetazo en la cabeza. Le gusta quedarse sentado horas y horas con la barbilla apoyada en una mano. (...) Encuentro demasiadas vacilaciones a mí alrededor. A decir verdad, no me siento muy a gusto con la vida. No consigo pensar más allá del presente.(...)

Los niños han vaciado mucha tristeza de su espíritu, pero siguen teniendo cicatrices y dolores de cabeza y pensamientos dolorosos. Cuando sufren demasiado dedicamos tiempo a evocar aquellos días desgraciados. Las dos niñas son las que más hablan, porque vieron todo lo de mamá. A menudo cuentan la misma escena y olvidan el resto.

Nuestra memoria se modifica con el tiempo. Olvidamos

Circunstancias, confundimos las fechas, mezclamos los ataques, nos equivocamos con los nombres, dejamos de acordarnos incluso de cómo murió este o aquel o algún conocido. Sin embargo, nos acordamos de todos los momentos terribles que vivimos personalmente como si hubieran ocurrido el año pasado. Con el tiempo guardamos listas de recuerdos muy precisos; nos los contamos cuando las cosas no van bien, cada vez se hacen más verídicos pero ya casi no sabemos colocarlos en el orden correcto.

Cuando me encuentro sola trabajando en el campo a veces tiendo a ver aquello con demasiado pesar. Entonces dejo la azada y voy a casa de los vecinos para charlar. Cantamos, tomamos un zumo y eso me hace bien. El domingo voy a la iglesia, canto y rezo. (...).

Sé que cuando has visto mutilar a tu mamá con tanta maldad y la has visto sufrir tanto tiempo, pierdes para siempre una parte de tu confianza en los demás, y no sólo en los interahamwe. Quiero decir que la persona que ha contemplado tanto tiempo un sufrimiento tan terrible nunca podrá vivir entre la gente como antes, porque estará siempre en guardia. Desconfiará de los demás aunque no hayan hecho nada. Quiero decir que la muerte de mamá me entristeció al máximo, pero que su dolor, demasiado prolongado, me dañó para siempre y que eso es irreparable”

2. Innocent Rwililiza,

38 años, maestro. Centro de Nyamata

El día de la masacre en la iglesia, desde los altos de Kayumba oímos las granadas y vimos el humo. Mi mujer y mi hijo se habían refugiado allí dentro. (...) Todavía hoy, años después, cuando veo de lejos una silueta que se parece a la suya, salto a la calle. Es muy doloroso vivir con una falsa esperanza. Hoy puedo decir que sobrevivir con el recuerdo de una esposa y un hijo ignorando cómo los han matado, sin haberlos visto muertos ni haberlos enterrado, es absolutamente desalentador.

Como he dicho, (...) [en el bosque de eucaliptos] no teníamos otra posibilidad que correr todo recto, sin aliento, para intentar que no nos masacraran. (...) Subían por la mañana a matar. Hacia las cuatro de la tarde (...) regresaban al Pueblo, porque les daban miedo las tinieblas. Desde arriba, por la noche, los oíamos divertirse cantando y bebiendo. Se veía que vivían en las casas más confortables. A veces incluso nos llegaba con la brisa el olor de sus parrilladas de carne. Nosotros íbamos a rebuscar por los campos y dormíamos bajo la lluvia, al abrigo de las ramas. (...) Todas las tardes el bosque quedaba sembrado de muertos y agonizantes.

En el bosque nos agrupábamos entre conocidos o nos reunía el destino. Estábamos cubiertos de barro porque no podíamos limpiarnos. (...) Había quienes tenían heridas purulentas. Cuando recuperábamos la tranquilidad por la noche, nos sentábamos unos junto a otros para quitarnos los piojos y frotarnos la piel. Pero no nos sentíamos humillados por esto. (...) A veces encontrábamos incluso la forma de bromear. Se sentaba a tu lado una mamá que te despiojaba diciendo: «Vaya, estás tan sucio que no se puede decir con seguridad si eres negro», o alguna broma parecida. Lo único que importaba era salvarse un poco más.

El hombre esconde razones misteriosas para querer sobrevivir. Cuantos más moríamos, más preparados estábamos para morir y más deprisa corríamos para ganar un momento de vida. Incluso los que tenían amputados los brazos o las piernas pedían agua para durar solamente una hora más. No puedo explicar este fenómeno. No es un reflejo animal; los animales quieren vivir porque no tienen la certeza de que van a morir, pues ignoran lo que significa la muerte. Para nosotros era una especie de ansia original terrible, si se me permite expresarlo torpemente.

Pero creo que, a los hutus, vernos vivir como salvajes insignificantes les facilitaba el trabajo. Sobre todo a los que no estaban animados por el odio de masacrar. (...) Nosotros echábamos a correr sin descanso al menor ruido, husmeábamos arrastrándonos por el suelo en busca de mandioca, estábamos llenos de piojos, moríamos a tajos de machete como las cabras en el mercado. Nos parecíamos a los animales porque ya no nos parecíamos a los seres humanos que éramos antes, y ellos se habían acostumbrado a vernos como animales. (...).

“¿Por qué despedaban a la gente en lugar de matarla directamente? (...)”

“En Kayumba suicidarse exigía gran valentía, vitalidad y suerte. Pero había mamás y papás que un día se negaban a correr. Una mañana estaba yo detrás de unas rocas en compañía de una mamá todavía joven y vigorosa. Oímos la barahúnda de los asesinos y yo me levanté, pero ella continuó sentada. Le dije: «Date prisa o te

encontrarán». Respondió con dulzura: «Vete, Innocent». Yo esta vez ya no me molesto». Corrí; cuando volví a las rocas por la tarde la encontré con la cabeza cortada”

“Los supervivientes de Kayumba desarrollamos en la actualidad diferentes actividades. El tiempo nos va separando, pero seguimos visitándonos, nos esforzamos por estimularnos, por evocar la valentía mostrada allá arriba. Los que frecuentan las tabernas comparten una Primus y charlan de aquello. Seguimos sin explicarnos lo que nos ocurrió”.

(....) El genocidio va a cambiar la existencia de varias generaciones de ruandeses y, sin embargo, sigue sin aparecer en los manuales escolares. (...) He leído que después de cada genocidio los historiadores explican que será el último. Porque ya nadie podrá aceptar una infamia así. Es una broma increíble. Los responsables del genocidio de Ruanda no son los agricultores pobres e ignorantes, (...) son gente instruida. Son profesores, políticos o periodistas que se expatriaron a Europa a estudiar la Revolución Francesa y ciencias humanas”. El genocidio no tiene en realidad nada que ver con la miseria o la falta de instrucción, y me explico. Soy maestro, de modo que pienso que es necesario instruirse para conocer mejor el mundo. Pero la instrucción no hace mejor al hombre, sólo lo vuelve más eficaz. Quien quiera insuflar el mal tendrá ventaja si conoce las manías del hombre, si estudia su moral, si aprende sociología. El hombre instruido, si tiene mal corazón, si desborda odio, será más dañino. (...). Por otra parte, algunos franceses sabían que se estaba preparando el genocidio, puesto que nuestro ejército seguía sus recomendaciones. Según ellos, no se lo creían; sin embargo, muchos blancos conocían el programa y el carácter de Habyarimana, como conocían el de Hitler. Un día vinieron a Nyamata blindados blancos a recuperar a los curas blancos. En la calle mayor los interahamwe creyeron que venían a castigarlos y huyeron gritándose unos a otros que los blancos iban a matarlos. Los carros ni siquiera hicieron una pausa Primus para bromear con el malentendido. Y unas semanas más tarde los blancos enviaron a fotógrafos profesionales para mostrar al mundo cómo nos masacraban. Así que entenderá usted que dentro del corazón de los supervivientes se haya deslizado un sentimiento de abandono que no se disipará nunca. Pero no quiero molestarlo con eso”.

“Veo que hoy sigue produciendo malestar hablar de los supervivientes, incluso entre ruandeses, incluso entre tutsis. Pienso que todo el mundo querría que, de alguna manera, los supervivientes se alejaran del genocidio. Como si todo el mundo quisiera que dejaran a otros, que no han corrido peligro de que los despedazaran a machetazos, la tarea de ocuparse del genocidio. Como si desde entonces nosotros estuviéramos un poco de más. Pero hay que decir que también es culpa nuestra. Después del genocidio estábamos como adormecidos y perdimos la cabeza (...). Por eso, cuando bajamos nos dijimos: «Íbamos a morir y seguimos con vida, eso nos basta. ¿Para qué trabajar o despabilarnos o hacernos escuchar?». Yo mismo estaba anonadado después de todas aquellas carreras por Kayumba, estaba mermado por la malaria, estaba desanimado por la muerte de mi familia. Por si las desgracias no eran suficientes, mi pierna voló al pisar una mina en la calle. Dejé de buscar ocasiones de tratar con gente de fuera, camarógrafos y demás. Me importaban un bledo ellos, yo, nosotros y lo que pudiéramos decirnos.

“Además, había quienes tenían heridas repugnantes a las que era penoso acercarse, quienes se encontraban en la indigencia, quienes ya no tenían techo para recibir a sus amigos. Preferíamos quedarnos en casa y beber Primus en cuanto encontrábamos unas monedas. Los reporteros pasaban por delante de la puerta sin llamar siquiera, porque estaban demasiado ocupados para entretenerse con gente tan poco comunicativa. Los repatriados tutsis de Burundi estaban en mejor forma que nosotros,

organizaban muchas actividades sobre la marcha, mostraban un rostro más amigable y se hicieron notar más”.

Pienso, por otra parte, que en Ruanda se come escasamente dos veces al día gracias a su agricultura, que hacen falta muchos brazos y manos útiles para impedir que el matorral se aproveche de la situación y que esta verdad de la tierra es complementaria de la exigencia de justicia. Observo también que se está abriendo un foso entre quienes vivieron el genocidio y los demás. Alguien de fuera, aunque sea ruandés, aunque sea tutsi y haya perdido a su familia en las matanzas, no puede comprender del todo el genocidio. Aunque haya visto tras la liberación los cadáveres que se pudrían en el matorral, aunque haya visto los montones de cadáveres de las iglesias, no puede compartir la misma visión que nosotros.

Los repatriados y los extranjeros dicen que los supervivientes están amargados, taciturnos, casi agresivos. Pero no es verdad, simplemente estamos algo desanimados porque poco a poco nos hemos quedado aislados. Nosotros, los supervivientes, nos estamos volviendo más extranjeros en nuestro propio país —del que nunca hemos salido— que todos los extranjeros y expatriados que nos miran con inquietud.

Los ruandeses ajenos al genocidio piensan que todo lo que cuentan los supervivientes es verdad, pero que exageran un poco. Creen todo lo que relatan los supervivientes, pero un momento después comienzan a olvidarlo. Aceptan la tesis del genocidio pero dudan de sus peripecias. Quien no ha vivido el genocidio quiere que la vida siga como antes, quiere dirigirse sin demasiadas paradas hacia el porvenir. Aconseja a los extranjeros de paso: «Sí, está bien escuchar a los supervivientes, pero hay que escuchar a los otros para conocer bien la situación». Los tutsis de fuera, que vivieron durante el genocidio en Bujumbura o en Kampala o en Bruselas, no comprenden las conmemoraciones, las ceremonias de duelo, los memoriales. Se cansan de seguir conmemorando, no quieren que su conciencia los traumatice sin descanso. No quieren ver la vida en negativo, y se entiende. Aconsejan al superviviente: «Amigo mío, deja de rumiar, intenta olvidar, piensa en ti ahora». Algunos incluso pueden decir: «Hazlo al menos por los muertos», o cosas semejantes, con el fin de olvidar. Pero el superviviente no puede olvidar.

Con el tiempo la memoria del superviviente se modifica, pero no por igual en todos los casos. Se olvidan unos detalles y se mezclan otros. Se confunden fechas y lugares. Una persona dirá una vez que la golpearon con un machete y la vez siguiente que le dieron un mazazo. Solamente es una forma diferente de recordar, de contarlo. Por una parte se olvidan cosas y por otra se tienen nuevas informaciones con lo que cuentan los demás.

Por un lado deja de interesar el relato de ciertos acontecimientos, pero por otro se pierde poco a poco el miedo a contar episodios que se guardaban ocultos, como una violación o el abandono de un bebé durante la huida. Se borran los rostros de los amigos o de los padres, pero eso no quiere decir que se los olvide. Nada se olvida. A mí me ocurre que ahora paso varias semanas sin volver a ver el rostro de mi esposa y mis hijos difuntos, mientras que antes soñaba con ellos todas las noches. Pero ni un solo día olvido que ya no están aquí, que los tajaron, que quisieron exterminarnos, que vecinos de mucho tiempo se convirtieron en animales en sólo unas horas. Todos los días pronuncio la palabra genocidio.

El superviviente no puede evitar volver permanentemente sobre el genocidio. Para quien no lo ha vivido está el antes, el durante y el después del genocidio, y es la misma

vida que continúa de modo diferente. Para nosotros hay un antes, un durante y un después, pero son tres vidas diferentes que se han separado para siempre. Aunque el superviviente reanude sus actividades mostrando alegría y dé la mano a un colega o a una vecina para alejarse del pasado, en su fuero interno sabe que está haciendo trampas. En especial quien sólo habla de perdón, olvido y demás.

Creo que en lo más profundo del ser del superviviente algo misterioso se bloqueó durante el genocidio. Nunca va a saber que es. Por eso quiere hablar de ello todo el tiempo. Siempre hay algo nuevo que contar y que escuchar. Por ejemplo, alguien que estaba en Kibuye y cuenta cómo fue allí, y otro dice cómo fue en Cyangugu, y eso nunca puede acabar.

El superviviente tiene tendencia a creer que ya no está realmente vivo, es decir, que no es el mismo de antes, y en cierta manera vive un poco así”.

3. Naasson Munyanandamutsa.

Psiquiatra, el doctor Munyanandamutsa es responsable del programa de atención a niños y jóvenes víctimas de violencia del hospital psiquiátrico nacional de Rwanda. Su tesis doctoral¹¹ recoge sus impresiones del impacto de la violencia en la población a través del estudio de algunos de los casos clínicos ingresados en el hospital.

“En Rwanda todos los sistemas de regulación, todos los mecanismos de reparación han sido destruidos o desbordados (...). Los detentadores del saber o de las tradiciones son ahora difícilmente identificables, si es que han sobrevivido. Al nivel de las personas, la muerte de las personas cercanas y de los familiares ha significado la pérdida del “confidente” (...) complicando todo con la sensación de soledad extrema. (...) El sufrimiento se ha convertido en indecible, por lo mismo impensable, irrepresentable. (pp 2)

“Hay una ruptura con los valores intrínsecos, la fractura de la historia por el hecho traumático, la marginación de la palabra y la intrusión del sinsentido en el universo psíquico de la víctima” (pp 10)

“El sufrimiento mental es considerado, en Rwanda, como un mensaje doloroso dirigido a la familia y a la comunidad. Es, con frecuencia, una denuncia de que el orden de las cosas no ha sido respetado, que la voluntad de los muertos ha quedado sin respuesta. La locura es, entonces, un castigo. El loco, un sacrificio consentido por los miembros de la comunidad. La curación significa, por tanto, implicar a toda la familia y, por lo mismo, a toda la comunidad” (pp. 18)

“[¿Por qué el silencio?]. La cuestión de la búsqueda de sentido y de la reparación, que es dónde todo bascula es la del miedo que ha venido a ensordecir la memoria y el dolor, demasiado insoportable muchas veces, y ha dejado el silencio y en ocasiones la enfermedad, como un intento de escapar a lo impensable. (...). El riesgo de desintegración es tan alto en algunos momentos que supera todos los intentos de reconstruir o de reestructurar un sentido.” (pp 34)

“Por eso es preciso recuperar, para los jóvenes especialmente, la palabra y los mitos reorganizadores de la realidad (...)” (pp 75)

2. Deogratias Bagilisha.

Psicólogo, refugiado en Canadá, vuelve poco después del genocidio para intentar localizar a su hijo, encontrándose que ha sido asesinado. La noticia la sabe a través de un joven, hijo de un antiguo compañero suyo de clase, que viene a verle a escondidas para decirle que no investigue, que él vio como le mataban. El artículo, publicado en la revista *Transcultural Psychiatry*¹², mezcla de testimonio autobiográfico y etnografía, describe como va pasando, gracias a los refranes y la actitud de su madre, del deseo de venganza a la pena de la pérdida.

“En la tradición de Rwanda la muerte se entiende perfectamente como parte del ciclo de la vida y una muerte natural y acorde a la edad no genera excesivo malestar psicológico. Hay muchos proverbios rwandeses que indican la inevitabilidad de la muerte. Esto tiene que ver con que la persona fallecida pasa a ocupar el lugar de los ancestros, junto a los dioses. Sigue estando, desde ahí, entre los vivos. Pero precisamente por ello, cuando no es posible realizar los complejos ritos de despedida la familia se ve en una situación insostenible, porque por un lado el fallecido no puede ocupar su lugar entre los ancestros, pero por otro, la familia corre grave peligro en forma de enfermedades o males por la ruptura del equilibrio con el orden natural de las cosas que esto supone”. Solo una compleja ceremonia religiosa en que se pide al espíritu del fallecido que se encamine de modo adecuado puede permitir restaurar el equilibrio”.

" Evoqué los múltiples caos - la pérdida tanto de los puntos interiores como externos de referencia – que habían causado la herida indescriptible e irreparable que tenía y que había culminado con la muerte de mi hijo entretejida con la de innumerables amigos y familiares bajo circunstancias horribles ibid pp 341)" El trauma debe entenderse en Ruanda como el resultado de una intensa experiencia que induce los caos absolutos, es decir, la pérdida de todos los puntos interiores y exteriores de referencia " (el ibid pg 347)

Para el autor, en este contexto juega un papel crucial la regulación social de las emociones a través de refranes y proverbios tradicionales que ayudan a la persona a encontrar un camino en el manejo de las mismas que evite la violencia.

" Después de muchas horas confrontando y compartiendo nuestros sentimientos (...) yo acabé la conversación (...) citando el siguiente proverbio Ruandés: Akamarantimba kava mu muntu que significa "los mayores dolores vienen provocados desde dentro", lo que significa que nuestra capacidad para sobrevivir a las situaciones difíciles está determinada por nuestra propia fuerza interna. Sin un momento de duda, él respondió con otro conocido proverbio Ruandés: Agahinda kinkono kamenywa n'uwayiharuye que puede traducirse como "el dolor de una olla después de cocer sólo puede ser entendido por aquel quién ha raspado después su fondo", que significa que uno sólo puede ayudar a otro escuchando de manera auténtica su sufrimiento " (ibid pp 341)

En la tradición de Rwanda – dice el autor – los proverbios son, con frecuencia, una manera de dar sentido a las cosas y de recuperar un orden perdido ante una situación crítica. Proveen la sensación de que las cosas tienen lógica y que los sentimientos entran dentro del orden esperable de las cosas.

El contexto determina también *el modo de expresión y de actuación*. Así, su madre, presente en la escena, repite tanto a él como al joven combatiente tutti, ciñéndose varias veces con fuerza su cinturón (símbolo tradicional de que allí es ella quien manda): *Los hombres deben hacer que las lágrimas fluyan hacia dentro*. En este sentido ambos hombres, en una situación crítica, lloran de manera contenida unos segundos y después conversan de manera controlada ante la mirada vigilante de la madre como autoridad.

El autor remarca como *la regulación social de la expresión de las emociones*, no tiene relación con el *dolor psíquico*. Una actitud de contención no significa la ausencia de sufrimiento emocional profundo.

4. Población indígena maya. Testimonios del informe Guatemala Nunca Más

A principios de la década de los ochenta Guatemala vivió bajo la política de tierra arrasada uno de los mayores genocidios de la historia de América Latina.

El informe Guatemala Nunca Más y el de la Comisión de Esclarecimiento Histórico documentan más de 1500 masacres (el 96% de las cuales a manos de su propio ejército, bajo órdenes del General Ríos Montt), con más de 200.000 muertos, un millón de desplazados internos y medio millón de refugiados. Los siguientes son testimonios procedentes de la base de datos del informe Guatemala Nunca Más.

“El ejército nos mató a nuestros padres, a nuestros hermanos y hasta nuestros animales se llevaron, lo comieron mientras también, quemaron nuestras casas y muchos muertos y nuestro maíz también”. Testimonio 3907.

“Porque el ejército como ellos si lo miran a una persona ya es como un animal, lo disparan y como el ejército lo trataron para matar toda la persona no le dejan una semilla, es el objetivo, porque así dice el ejército - lo encontramos de una vez lo matamos, eso mala semilla tenemos matar dicen - tenemos que matar ningún semilla lo vamos a dejar aunque nenes todos, todos los vamos a matar. Así dijeron nuestros familiares. Allí no hay decisión. Aunque un patojito de un año, de dos años, todos son malas semillas, así cuenta. Aunque anciano, aunque mediano, aunque niño hasta todos los animales, perros, caballos los disparan. Así es su plan del ejército”. (4017. Nebaj.1982)

„En ese sentido, el temor es lo que más perjudica. Yo en parte, cuando miro que él se atrasa por la hora que él sale del trabajo, el por lo regular tiene una hora fija para llegar a la casa y el nerviosismo es mucho, aquella tensión que se vive, y a raíz de eso mi papá se encuentra muy enfermo. La vida que uno lleva da un cambio terrible, y eso trae como consecuencia un montón de cosas, desintegración familiar, orfandad, psicosis nerviosa, porque olvidese, se mantiene uno con una tensión todo el día, usted mira una persona extraña y piensa que ya lo están siguiendo a uno, está uno con el temor de que algo le va a pasar“. Caso 0141. Asesinato de dirigente gremial y hostigamiento posterior. Xela/94.

“...la sangre corrió, la sangre fue derramada aquí en la santa tierra, fueron sembradas las semillas de la paz y la justicia, la verdad, la igualdad, el respeto, eso es lo que necesitamos ahora, que se tome en cuenta a los que ofrendaron sus vidas, que se tome en cuenta los que se ofrendaron por pueblo maya, pueblo indígena, pueblo no indígena, ladinos pobres. Se sabe muy bien, unos pocos, los que si, hicieron esas cosas... se pide al Ajau, el creador del cielo y la tierra y a los hermanos difuntos que ofrendaron sus vidas, ellos que intercedan por nosotros, todos aquí en la

sagrada tierra, ya no se acepta de ver este dolor... “ Testimonio 3101. Declarante hombre kiche'. Uspantán, el Quiché

„se fueron a México, pero regresaron con la esperanza de ocupar su parcela. Pero por las amenazas ellos salieron en marzo de 1982, perdieron la casa, los animales, la cosecha de café y cardamomo, el maíz y el derecho de vivir en su país. La familia sufrió hambre y susto“. Testimonio 890. Declarante hombre kanjobal. Ixcán, Quiché

“Se tuvo que dejar los antepasados, los muertos se alejaron, los lugares sagrados también. Testimonio 0569. Cobán/81.

“... Nuestra comunidad quedó como un desierto, nadie vive allí, el templo, las imágenes se las robaron, botaron el templo, se llevaron la campana, nuestra comunidad se convirtió en un trabajador, no acabaron con nosotros pero si con nuestra siembra, nuestros animales, cada quien agarró lo que le gustaba. Tuvimos que buscar en otro país, hasta allí llegamos a suspirar de nuevo, tuvimos que recordar todo lo que habíamos dejado, muchos de ellos lloraban por su tierra, por su lugar que habían dejado, por sus seres que habían matado, por sus familiares que se distanciaron de las familias, muchos de ellos de la tristeza se murieron. Fue dura la vida en ese tiempo, gracias que no acabaron con toda nuestra comida y si no nuestra aldea se hubiera convertido en un cementerio. Y ese sentimiento nos da no regresar a nuestra aldea porque muchos de nuestros hermanos que vivían ,ramos vecinos, conocidos, sentimos a ellos, nosotros vamos a llegar a vivir y ellos no aparecerán, tuvimos que buscar otro lugar para vivir aunque nos recordemos mucho nuestra tierrita que hemos dejado, nos acordamos también el sufrimiento, de la muerte de nuestros hermanos...” C 2297, Santa Ana Huista, Huehue

‘Yo no sé porque a mi me pasó eso, será que yo había hecho algo malo’. TC Huehuetenango

„Es bueno que nosotros pensemos o sepamos por qué murió él, ojalá que lo recordemos siempre ya si como a nuestros hijos hay que recordarles de cómo fue que murió, o sea que nosotros podamos saber por qué él murió, para que ya no vuelva a suceder esto”. Testimonio 2261 Asesinato. Aldea Yichlaj Witz Yalaj. SM. Acatán abril/79 (guerrilla)

Lamentablemente ahora todavía lloro y pienso en eso y me pongo a pensar... Ha sido muy duro, porque para mi el dolor es no enterrarlo yo, y me quedé con los niños. Porque si hubiera sido por enfermedad de Dios, en fin hubiera sido diferente y nos hubiéramos conformado, en cambio yo vi quienes fueron los que lo llevaron y no lo entregaron. Este es el dolor por él, pobres de nosotros que nos hemos quedado en la destrucción. Los pensamientos que teníamos se destruyeron o se cayeron. Y mis hijos, tal vez porque no tienen padre se fueron a la perdición, y como ella ya no conoció a su papá. A él saber cómo le quitaron la vida, saber si lo habrán enterrado, o saber en donde lo dejaron tirado, entonces ese es el dolor que siento, porque no me enseñaron a mi marido, ni tampoco lo enterré. Mis hijos dicen: mamá, mi pobre papá dónde habrá quedado, tal vez pasa el sol sobre sus huesos, tal vez le pasa la lluvia o el aire, en dónde estará... como que fuera un animal mi papá...Esto es el dolor. Aldea La Victoria (San Juan Ostuncalco). -zona militar de Quetzaltenango. Caso 0059

“Digamos que no vamos a recuperar de nuevo a la familia, pero tan siquiera los huesos que logramos encontrar para tal vez así, más o menos se olvida uno de ellos, de no estar dudando donde quedaron porque ellos, no son animales para quedar tirados donde quiera, pues ojalá que se llegue a recuperar tan siquiera los huesos de ellos, hermano”. Caso 2355/83

“Quisiera ver al menos los huesos. Pienso que está donde está haciendo las exhumaciones FAMDEGUA. Le dejo las cosas a Dios. No pido justicia. Testimonio 9925. Desaparición forzada. Español. El Chal, Petén”

“Si pudiéramos quitarnos esa tristeza que tenemos, tal vez haya alguna manera, alguna palabra de aliento para poder quitar esta tristeza. Tal vez haya algún método para ayudarnos a quitar lo malo que nosotros tenemos de estas grandes tristezas”. Testimonio 3907. Declarante hombre ixil. Nebaj, Quiché

‘Primero quitarme la culpa, porque yo me sentía culpable de lo que había pasado, estoy hablando del caso específico de mi pareja, como yo participaba también de sus ideas, de sus sueños los compartí, llegué a sentir que era un error haber compartido con él esas ideas, porque si yo hubiera pensado diferente a él, no se hubiera sentido seguro de estar conmigo y hubiera tenido menos deseos de participar’ (E 0151)

‘...después de las condiciones en las que estábamos viviendo, huyendo, sobreviviendo, amaneciendo cada día con la angustia de si íbamos a llegar hasta la noche y con la culpa de haber vivido un día más’ (E 0386)

‘Hay muchas mujeres que se encerraron y dijeron ya sufrí suficiente... se victimizaron más aún porque al marido lo mataron, entonces ahora le echan la culpa de que las dejó por andarse metiendo en babosadas, las jodió, dejó huérfanos a sus hijos y las dejó viudas’ (E 101)

“tengo pesadillas, voy caminando en una peña huyendo de ellos. Sueño a mi mamá que mataron. Por eso es buena la plaqueta del camposanto (con los nombres de 177 mujeres y niños masacrados)...Nosotras las mujeres decimos que por qué no preguntamos a los de Xococ dónde dejaron los huesos de nuestros esposos que mataron ellos en su aldea’ Testimonio Rabinal (2,m.i.)

“Sigo soñando, sigo viendo porque todavía mi corazón está sentido por la persecución, porque nos han encañonado, porque la patrulla ha estado atrás de nosotros. Entonces eso hace que todavía me afecte mucho todo lo que hemos sufrido. Qué hacen con los niños, los hacen pedazos. O sea, los cortan con machete, o sea, los hacen pedazos”. Caso 2052Chamá. Cobán/82

“...yo tuve que buscar refugio en otras casas, pero la desconfianza de mi persona, les atemorizaban a las personas y yo a la vez recogía el mismo impacto, por lo que tuve que huir a la montaña...” C 3164, Declarante mujer poqomchi, San Cristobal Verapaz

“Ahora estoy contento que ya dí mi testimonio porque este testimonio que dí va a quedar como historia. Ya no tengo duda, ya quité todo el dolor por dar mi testimonio. Testimonio 3967. Asesinatos. Pal, Cotzal. Abril/81

Aproximación transcultural a la visión de trauma e impacto traumático

Los testimonios analizados presentan algunos elementos en común. Una propuesta de análisis podría ser la recogida en las tablas adjuntas.

Lo traumático adquiere connotaciones en muchos casos similares, y en otros no.

Camboya <i>Nhat</i>	Hiroshima <i>Michihiko Hachiya</i>	Hiroshima [Testimonios]	Guatemala Nunca Mas
Imágenes recurrentes Sueños angustiantes	Imágenes recurrentes		Imágenes recurrentes.
Miedo (“ <i>Vivo con miedo</i> ”)	Miedo	Miedo (“ <i>constante a nuevas guerras, bombas...</i> ”)	Sueños angustiantes Miedo (“el temor es lo que más perjudica” Inseguridad
Irreversibilidad del daño (“ <i>me han quitado el derecho a ser humano</i> ” “ <i>Los humanos nunca van a poder olvidar</i> ”). Culpa y Vergüenza.		Irreversibilidad del daño	
	Vergüenza y Culpa	Vergüenza y Culpa	Culpa
(“ <i>Cuando haya justicia quizás me sienta más tranquilo porque no tendré más dudas sobre mí...</i> ”) (“ <i>Yo di una buena educación a mis hijos</i> ”) (“ <i>A las personas que denuncié (...)</i> <i>Cada día mi corazón vive atormentado por esta idea</i> ”)	Por el interés de los demás hacia él Por tener ropa Por empatía hacia los que sufren (“ <i>Al oír a aquella pobre gente...</i> ”) Por reaccionar con horror Por no prestar más atención a los síntomas de su mujer	Por estar vivos Culpa identificatoria con los fallecidos Mirada “social” – sentirse observado Refuerzo comunitario de la culpa por sobrevivir. “Comunidad de culpables”. Estigma de supervivientes. - Sentido de conexión con el mundo y los demás - Sentido de coherencia y de significado de la vida propia	- Por la militancia - Por no hacer suficiente - Por haber sobrevivido (“con la culpa de haber vivido un día mas..”) - Por errores - Por la ruptura del equilibrio con los antepasados
Ruptura del equilibrio. (<i>Trauma como ruptura del equilibrio con los muertos. Es posible reinstituirlo con una ceremonia</i>)			Ruptura del equilibrio - con los antepasados (“que los hermanos difuntos intercedan por nosotros”) - con la tierra . con la cultura (“Se tuvo que dejar los antepasados, los muertos se alejaron, los lugares sagrados también”) - comunitario (“se llevaron nuestra campana...”) Evitar hablar de lo sucedido Búsqueda de una lógica causal (“Yo no sé porque a mi me pasó eso, será que yo había hecho algo malo”) Resistencia pasiva / Resignación (“Le
	Recrear una y otra vez el horror sin saber por qué o para qué		
	Aceptación de los hechos.	<i>Akirame</i> . Sentido de la resignación.	

Regulación y contención emocional. Estoicismo ante el dolor (<i>"me irritó porque no cesaba de suplicar.."</i>)	"Dejarse llevar" Sufrimiento psicológico profundo. Regulación y contención en la expresión.	dejo las cosas a Dios. No pido justicia") Regulación y contención emocional.
Deseo de vivir	Vivir para la muerte. Lucha permanente alrededor de la construcción o no de identidad de supervivientes (hibakushi).	Impotencia ("si hubiera sido por muerte natural...") Rabia contenida Vivir día a día
	Somatizaciones Neurastenia	Soledad Pérdida de mecanismos de regulación social

Rwanda Jeannette Ayinkamzye	Rwanda Innocent Rwililiza,	Rwanda N. Munyanandamutsa	Rwanda Deogratias Bagilisha.
Imágenes recurrentes Sueños angustiantes	Imágenes recurrentes Sueños angustiantes		
Miedo (“Nos sentíamos como en los pantanos, salvo que nadie nos perseguía”) Inseguridad (“No consigo pensar más allá del presente”)		Miedo (“El miedo ha venido a ensordecir la memoria...”)	
Pérdida de confianza en los demás (“pierdes para siempre una parte de tu confianza en los demás”” <i>Desconfiará de los demás aunque no hayan hecho nada</i>) Irreversibilidad del daño	Pérdida de la confianza en los demás Irreversibilidad del daño (“Para nosotros hay un antes, un durante y un después, pero son tres vidas diferentes que se han separado para siempre Sesgos de memoria	Irreversibilidad del daño	“Herida indescriptible e irreparable”
Sesgos de memoria - Sentido de conexión con el mundo. (“ <i>Pero ya no celebramos los cumpleaños porque nos da demasiada pena y porque cuesta demasiado dinero</i> ”. “ <i>Nunca discutimos, ni una vez por casualidad, porque no encontramos cómo ni por qué</i> ”)	- Sentido de conexión con el mundo	Ruptura del equilibrio (“la enfermedad mental es un mensaje...”) Ruptura del sistema de valores y creencias	Ruptura del equilibrio (“ruptura del orden natural de las cosas”) Ruptura del sistema de valores y creencias
	Búsqueda de una lógica (“Creo que en lo más profundo del ser del superviviente algo misterioso se bloqueó durante el genocidio. Nunca va a saber que es. Por eso quiere hablar de ello todo el tiempo”)		Caos. (“pérdida tanto de los puntos interiores como externos de referencia”)
	Nadie puede entender Soledad	Silencio. Carácter indecible e impensable del horror Soledad extrema Pérdida de mecanismos tradicionales de contención y regulación social. El contexto determina la forma de expresión del dolor	Pérdida de mecanismos tradicionales de contención emocional. Refranes como lógica estructurante. El contexto determina la forma de expresión del dolor Deseo de vivir
	Deseo de vivir Construcción de una identidad de superviviente		

Similitudes

- Una cierta noción de **irreversibilidad del daño**, de antes y después.

- **Quiebre de los vínculos de confianza, de la creencia de bondad**, especialmente en Rwanda. El impacto parece ser mucho menor en el caso de Camboya, Japón o Guatemala si se compara con los testimonios de supervivientes europeos.

- **Miedo e inseguridad**, en algunos casos extremos y expresados como secuela permanente

- **Sesgos de memoria**. Construcción de narrativas sobre la realidad.

- **Carácter impensable e indecible del horror**.

- **Soledad**

Diferencias

- El impacto del hecho traumático es interpretado como una **Ruptura del Equilibrio**:

- Con uno mismo

- Con la comunidad y por tanto con los antepasados, que siguen siendo miembros de la comunidad (tanto en Camboya como Japón, Rwanda o Guatemala)

- Con la tierra (más marcado en Guatemala)

- Con fuerzas superiores

Es necesario un reequilibrio generalmente simbólico, porque la situación actual genera angustia y daño.

- **Aceptación** como forma de resistencia pasiva. Mirar al día a día (muy marcado en Japón y Guatemala, en menor medida en Camboya, y Rwanda).

- **Regulación y contención emocional** en la expresión de las emociones.

- Predominio de emociones interpersonales y por encima de todas la culpa, como la principal emoción interpersonal.

Culpa *como emoción más frecuente* y con carácter *muy invalidante* en Japón y Camboya, muy marcada también en Guatemala y en menor medida en Rwanda

- Excepto en Japón, menor tendencia a la formación de **identidad de víctima**

Todo ello parece dar un cierto sustento transcultural a la definición de trauma que salía del análisis de los textos de los supervivientes de Auschwitz, aunque con matices importantes y dentro de la heterogeneidad de las culturas analizadas^a. Estos matices pivotan alrededor del concepto de equilibrio: el hombre en su entorno.

Desde una perspectiva transcultural el impacto de un hecho traumático puede leerse como la ruptura del sistema de equilibrios que regulan la vida de las personas de las personas en su medio.

^a El colectivismo japonés o camboyano se parecen realmente en muy poco al guatemalteco, por poner un ejemplo

Como veremos más adelante, un concepto que puede recoger e integrar esta lectura es el de identidad. El trauma como una agresión a la identidad de la persona (como sujeto individual, pero también como sujeto social y comunitario, entendida la comunidad como esa red amplia que incluye a la tierra y los ancestros).

Sobre ello volveremos extensamente más adelante.

3. El concepto de trauma colectivo

Hablar del *trauma psicosocial* como hacia Martín-Baró supone asumir un espacio de trabajo en el que la sociedad en su conjunto puede resultar afectada por el impacto de hechos traumáticos masivos (experiencias colectivas), y éstos a su vez influyen en la evolución individual del afrontamiento al trauma, y tal como se verá más adelante al analizar el gran peso de los factores postrauma en el afrontamiento a medio y largo término de la situación traumática.

Individuo y sociedad resultan así indisociables, porque al final, ambos son parte del conjunto de elementos que van conformando la representación social de las cosas que desarrolla cada persona. Esta representación – en realidad múltiples representaciones, si atendemos al concepto de identidad y aceptamos la multiplicidad de identidades que coexisten en cada persona –, puede en ocasiones ser compartida por una mayoría de los miembros de una comunidad, y esto tiene implicaciones en cada persona tomada una a una. Es en este sentido que el concepto de imaginario colectivo o de representación social compartida tiene sentido.

Desde esta óptica, cuando un hecho traumático devastador impacta en una colectividad, cabe pensar que exista un efecto generalizado sobre la *representación social compartida* de la realidad, y que esto, siguiendo la idea del carácter psicosocial de lo traumático, tenga repercusiones a nivel del procesado individual de los hechos.

En los años 2000 y 2001, y como consecuencia del conflicto armado interno en Sierra Leona fueron devastadas decenas de pequeñas comunidades rurales fronterizas de Guinea en acciones de terror colectivo y de pillaje. En muchas comunidades todos los hombres en edades media fueron torturados y ejecutados y fueron numerosos los casos de violencia sexual indiscriminada y ejecuciones a machete de ancianos o niños. La mayoría de la población superviviente pasó por situaciones de hambre y privación extrema y huidas constante para lograr sobrevivir.

En un estudio epidemiológico con metodología antropológica realizado tres años después de las masacres, se entrevistaron a 171 supervivientes de cuatro comunidades utilizando medidas tanto individuales como colectivas. Los autores distinguían dos niveles. Lo que denominaban “narrativas colectivas” y los “síntomas individuales”.

*Guekedou, en un extremo, fue una ciudad incendiada y arrasada por las tropas de Sierra Leona, pero donde un grupo de gente, refugiada en bosques cercanos, organizó una resistencia colectiva, creciendo en fuerza y organización hasta el punto de lograr, en enero del 2001, rechazar el tercer gran ataque rebelde procedente de Sierra Leona, con ayuda del ejército de Ghana. Los habitantes de Guekedou habían desarrollado una **narrativa de resistencia** ambivalente (algunos lo ven como un hito heroico colectivo; otros consideran que no se debió dejar empuñar armas a menores de edad que finalmente resultaron muertos o secuestrados por las propias fuerzas de Sierra Leona).*

En Yende la guerrilla de Sierra Leona ocupó la ciudad durante 15 días, masacrando a gran parte de la población, con violaciones y robos, retirándose finalmente llevándose a cerca de un centenar de jóvenes secuestrados como “combatientes” o esclavos sexuales. La población de Yende vive desde entonces, hace más de dos años, en lo que ellos mismos describen como una paralización colectiva.

“La gente pobre se ha vuelto rica y la rica pobre. No hay respeto en la comunidad. Ya no existen valores morales ni ética. (...). Muchas mujeres trabajan en cosas que no son buenas. (...) Nadie tiene

Trauma colectivo

Una aproximación a una definición de trauma colectivo sería:

- Proceso de desestructuración social de los sistemas básicos de valores y creencias compartidos originado por una o más de las violencias derivadas de (a) las condiciones sociales, económicas o materiales compartidos por una mayoría significativa de sus miembros, (b) las condiciones políticas y sociales, (c) las situaciones de amenaza o miedo por la seguridad individual o de grupo;
- en un proceso de interacción y de reinterpretación constantes con la narrativa social compartida que emerge de los procesos históricos (memoria histórica socialmente construida), de la situación presente (hechos de violencia extrema) y de la perspectiva compartida de futuro como individuos y como grupo.

En este sentido, dadas unas determinadas condiciones, podría hablarse de trauma colectivo no sólo en personas que comparten un área geográfica, sino en otros tipos de grupos (étnicos, sociales, de género...) en los que se dieran estos elementos.

tiempo para nadie, no hay respeto, nadie escucha. La gente ha perdido todo (...) y lloran y gritan constantemente dentro de su mente. (...) Hay desconfianza. No hay una buena relación entre la gente”.

“Ahora la ciudad está vacía (...) Hay mucha gente loca deambulando por las calles. La comunidad está llena de gente loca. Las actividades sociales han cambiado. No existen. (...) Nadie se preocupa por nadie. (...) Se vive en un miedo constante. Nadie se fía y todos tienen miedo (...) se han perdido todas las prácticas culturales”

En Yende solo un montón de piedras cubiertas de hierba donde hubo una de las primeras masacres recuerda a las decenas de fallecidos. Ni siquiera se intentó enterrarlos adecuadamente en el cementerio¹³.

En la parte de medidas individuales de carácter clínico se observan importantes diferencias entre Guekedou (narrativa colectiva de resistencia) y Bodou (no destrucción del tejido social) y Yende, Tekulo y Nongoah (destrucción del tejido social con imaginario social de daño irreversible, miedo y desconfianza). Los habitantes de las dos primeras comunidades, con tener una afectación emocional importante, ésta es significativamente menor –siempre recordando que las medias estadísticas no deben enmascarar a las personas con nombre y apellidos -.

Puede hablarse del trauma colectivo como del impacto compartido de un hecho traumático de grandes proporciones, que genera un tipo de discurso (o narrativa social) asumido por una mayoría del colectivo. Esta narrativa tendrá que ver con el carácter de los hechos y su origen, el modo en que se enfrentó o las consecuencias posteriores, tanto en un sentido negativo (daño y victimización compartida) como, en algunos aspectos, positivo (resistencia y supervivencia compartidas)^a.

En el caso de los supervivientes en Guinea, el trauma colectivo se define como

“la inversión de los mundos de la moral” y “la incapacidad para desarrollar las prácticas sociales de intercambio, reciprocidad, ayuda mutua y realización de actos comunitarios que significaban a un actor social como ser humano moral son ahora los signos del modo en que la violencia ha fracturado los mundos morales” (ib pp 2116).

El informe Guatemala Nunca Más, dirigido por Carlos Martín Beristain, recoge y analiza los testimonios del genocidio guatemalteco que dejó más de 200.000 muertos y

^a No se estaría postulando la existencia de un *self-social compartido* (como se postularía en la sociología de Durkheim, por poner un ejemplo, o en los modelos desarrollados por los filósofos y psicoanalistas de la escuela de Frankfurt (i.e Adorno, Fromm, Marcuse...), cuando trasladaban procesos intrapsíquicos a la descripción de fenómenos sociológicos) sino al *proceso de construcción social del conocimiento* que se realiza en cada persona y frente al cual puede haber una identificación parcial o total o un rechazo.

desaparecidos, mayoritariamente de origen indígena. En el mismo, a partir del análisis de testimonios se describen consecuencias individuales y *consecuencias colectivas* de los hechos de violencia^a

Trauma colectivo. Efectos sociales del miedo y la violencia. El ejemplo de Guatemala.

a. Inhibir la comunicación. “*Era muy peligroso y arriesgado pasar el día, era muy peligroso, no se podía hablar ni decir nada, a cada rato se llamaba al orden para no comentar nada. Así oía yo, era muy peligroso como vivía cada una de las personas.* Caso 553, Chiquisis, Alta Verapaz, 1982.”

b. Desvincularse de procesos organizativos “*Como en ese tiempo se empezaban a ver las muertes, ya había mucho temor en la gente, empezaron a retirarse.* Caso 2267, Nojoyá, Huehuetenango, 1980”.

c. Aislamiento social . “*A veces pensaba que me moría, ¿con quién me calmaba yo?, ya no tenía a mi mamá, y mi papá tenía miedo de estar conmigo, porque el único consuelo que me daban era que me iban a llegar a matar a mí y a mis hijos.* Caso 5334, Pozo de Agua, Baja Verapaz, 1983”

d. Cuestionamiento de valores. “*Metieron miedo, entonces uno se humillaba, uno no podía decir nada.* Caso 6259, Nentón, Huehuetenango, 1983”.

e. Desconfianza comunitaria “*La gente cambiaron sus ideas del Ejército. Era difícil ya de creer en ellos.* Caso 771, Ixcán, Quiché, 1975.”

Trabajar el impacto colectivo de los hechos traumáticos es también un modo de trabajar el impacto individual.

^a Esta noción, introducida por Carlos Martín Beristain, director del informe, había sido ya descrita con anterioridad en *Afirmación y Resistencia*.

4. Elementos de resistencia y factores positivos de cambio

La experiencia de la gente, permite, además, tanto a partir de los testimonios de supervivientes europeos como a través de la mirada más global, rescatar concepciones alternativas a las de los modelos de trabajo basados en la idea del *daño* y las *víctimas* a los basados en conceptos de afrontamiento y resistencia a la adversidad:

Cuadro 3

**Reconceptualización de “síntomas” como elementos de resistencia:
una visión alternativa**

<p>REPLIEGUE PROTECTOR PARA PERMITIR RESITUARSE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Silencio (A1) <input type="checkbox"/> Aislamiento (A3) <input type="checkbox"/> Pesimismo defensivo (A4) <input type="checkbox"/> Cosificación. <p>Acorchamiento emocional (B7, C9)</p>	<p>BUSCAR SENTIDO A LA EXPERIENCIA PARA INTEGRARLA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Convicciones profundas (políticas, ideológicas, religiosas) como elementos estructurantes (C7) <input type="checkbox"/> Poder dar un significado al sufrimiento bien <i>per se</i>, bien como <i>fin</i> (B13) <input type="checkbox"/> Pesadillas (A2) y rememoraciones (<i>flashbacks</i>) 	<p>MANTENER EL CONTROL Y EVITAR LA INDEFENSIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vivencias de culpa [mejor culpable que indefenso] (A5) <input type="checkbox"/> Rabia y resentimiento (B3) <input type="checkbox"/> Trabajo y rutinas del día a día (A8) <input type="checkbox"/> Autodisciplina en las pequeñas cosas diarias (B8) <input type="checkbox"/> Crisis como <i>reto</i>. Búsqueda de un componente de desafío como motor del afrontamiento 	<p>RECONSTRUIR UNA IMAGEN DE SI Y DEL MUNDO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Búsqueda de una identidad (A6) <input type="checkbox"/> Búsqueda de una nueva lógica que permita reposicionarse en el mundo (C1)
<p>TOLERAR LA AMBIGÜEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aceptar la realidad tal como viene sin intentar entenderla (A9, C2) <input type="checkbox"/> Flexibilidad y capacidad para adaptarse a contextos cambiantes (B) 	<p>COMPARACIÓN POSITIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La visión de uno mismo depende de mecanismos conscientes e inconscientes de comparación – analizar y/o cambiar el punto de comparación (B) 	<p>EMOCIONES POSITIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La felicidad de las pequeñas cosas – Memoria selectiva para los momentos en que se experimentaron emociones positivas – ser conciente de los pequeños momentos de felicidad incluso en las condiciones más extremas (B10, C8) <input type="checkbox"/> Optimismo como disposición de supervivencia ante la vida (B2) <input type="checkbox"/> Humor / Ironía (sobre uno mismo y sobre la realidad) (B5) <input type="checkbox"/> Curiosidad (B6) <input type="checkbox"/> Uso de imágenes mentales positivas y pequeñas gratificaciones (B9) 	

Todo ello lleva, por último, a poder formular algunos principios para una psicoterapia de las reacciones traumáticas basada en los factores positivos y en la experiencia de las personas afectadas.

Cuadro 4

Elementos para una psicoterapia de las reacciones traumáticas basada en factores positivos de cambio

Elementos clásicos	Posibles elementos idiosincrásicos
Explicar los síntomas y la enfermedad que la persona padece	Potenciar la curiosidad y el aprendizaje sobre uno mismo a partir de la experiencia vivida. Abrir espacios que permitan explorar los límites de uno mismo.
La importancia de obtener un relato	Aceptar que el hecho traumático es visto como <i>inenarrable</i> y no basar necesariamente el apoyo en la descripción pormenorizada del mismo.
Usar frases tranquilizadoras que denotan “comprensión” (“le entiendo”, “imagino por lo que ha pasado usted”)	Asumir como axioma terapéutico que <i>no es posible “entender”</i> lo ocurrido. La sensación de alineación debe enfrentarse desde el apoyo, no afirmando gratuitamente que se “entiende” o “imagina” lo vivido por el otro.
Animar a vencer el aislamiento y relacionarse con los demás	Reconceptualizar el repliegue como un movimiento positivo que da sensación de seguridad y explorar conjuntamente alternativas al mismo que no supongan una amenaza.
Pretender <i>olvidar</i> lo sucedido como objetivo terapéutico.	Reelaborar un sistema de creencias que sea capaz de integrar lo vivido. Vivir <i>con</i> , es decir, asumiendo e integrando lo ocurrido como algo que será parte de uno
Intentar eliminar la culpa como emoción bloqueante	Reconceptualizar la culpa como necesidad de dar lógica y mantener el control sobre las cosas que ocurren y para ayudar a aprender de las experiencias. Buscar alternativas para coexistir con ella
Marcar un adecuado <i>setting</i> terapéutico	Considerar todos los elementos de respeto y dignidad como factores clave e irrenunciables . Esto puede incluir determinadas formas atípicas de plantear el marco terapéutico
Intentar razonar el absurdo	Intentar razonar el absurdo o, aceptar lo absurdo y lo imprevisible como elementos constituyentes de la vida
Revertir el desencanto de la víctima	Buscar conjuntamente formas de optimismo inteligente asociado al hecho de ser superviviente Desarrollar flexibilidad ante futuras situaciones nuevas
Confrontar la negación o el desplazamiento	Respetar la negación. Lo útil <i>en terapia</i> no es la <i>verdad</i> sino la narrativa que la persona trae sobre ella. Respetar la capacidad de desarrollar humor negro y otras formas de minimización de la realidad
Combatir el sufrimiento	Explorar la posibilidad de dotar de sentido al sufrimiento
Buscar aspectos positivos de las experiencias (balance afectivo)	Proponer analizar posibles aprendizajes a partir del modo en que la persona reaccionó (NO aspectos positivos) del hecho, sino de la reacción de la persona al mismo.
Rebatir la lógica de los hechos	Aceptar lo ilógico como constituyente del mundo
Combatir los sentimientos negativos	Aceptar el resentimiento, la rabia o el rechazo al perdón como opciones preferibles a la introyección del daño, la autoagresión y la culpa.
La psicoterapia como algo íntimo y privado	El testimonio público como opción terapéutica poderosa

Ejercicio 3

El análisis de los textos ha permitido una propuesta de definición de *trauma* y de *síntomas postraumáticos*.

Compare dicha definición con los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático. ¿Qué ventajas aporta el concepto de TEPT como lo entienden las clasificaciones oficiales occidentales?. Puede anotar sus reflexiones en el siguiente cuadro :

Paradigma Biomédico.
Trastorno de Estrés Postraumático

Paradigmas
psicosociales

Elementos diferenciales

Ventajas respectivas

Criterios para el diagnóstico del trastorno por estrés post-traumático según el DSM-IV-R

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.

Criterios CIE-10 para el diagnóstico de trastorno de estrés post-traumático Organización Mundial de la Salud

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (p. ej., catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (p. ej., compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del Trastorno de Estrés Post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma.

En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez. Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.

Pautas para el diagnóstico.

Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad. Un diagnóstico “probable” podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (p. ej., trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo). Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo.

Incluye: Neurosis traumática.

**PARADIGMA BIOMÉDICO
[TRASTORNO DE ESTRÉS
POST-TRAUMÁTICO]**

**PARADIGMA HUMANISTA Y
PSICOSOCIAL**

ELEMENTOS DIFERENCIALES

El énfasis es en los síntomas (alarma, hiperalerta, insomnio, rememoraciones...).

El énfasis es en la dimensión ontológica del ser humano.

Estos son vistos como signos de enfermedad

Estos son vistos, inicialmente, como formas de respuesta homeostática del cuerpo ante una agresión y sólo las formas crónicas, como signos de desbordamiento de la capacidad de adaptación.

Se atiende vagamente al agente causal.

No pueden entenderse las consecuencias sin atender a las causas que los provocaron.

El *trauma* como daño. Dimensión individual: persona enferma.

Dimensión grupal: comunidad o persona afectada en un momento histórico y social.

Dimensión dialéctica: interacción entre el individuo y el medio social y/o político.

En medios no occidentales, se utilizan conceptos externos al medio cultural. Perspectiva *etic*

Se trabaja en base a las formas propias de conceptualizar el daño en la cultura. Perspectiva *emic*.

VENTAJAS

Es posible conceptualizar las formas de *trauma* crónico o múltiple, que escapan, en cambio, al modelo de estrés postraumático.

Permite un manejo epidemiológico y, por tanto, la planificación de recursos y servicios.

Considera que prevalencia no equivale a demanda de ayuda. No considera que sean adecuadas las tácticas de cribado de casos en base a criterios.

Permite el desarrollo de metodologías experimentales: seguimiento longitudinal de casos, análisis de factores de riesgo...

Permite el desarrollo de metodologías quasi-experimentales en base a indicadores.

Permite el desarrollo de fármacos progresivamente más específicos para los diferentes clusters de síntomas

Elementos de prestigio asociados al tratamiento que constituyen elementos terapéuticos simbólicos

La perspectiva *emic* puede implicar para las comunidades y personas afectadas un factor de dignificación y empoderamiento.

Ha multiplicado la investigación sobre las respuestas a situaciones traumáticas de manera exponencial en los últimos veinte años.

Permite una validación del sufrimiento de las víctimas, permitiendo activar mecanismos de protección social (bajas laborales....)

Reconocimiento jurídico y forense. Facilita determinados procesos de reparación.

5. Trastorno de estrés postraumático: reflexiones a partir de los datos y evidencias.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales coinciden en considerar 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, especialmente los denominados de carácter *intrusivo* 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*. Se trata, sin duda, de una aportación valiosa a la comprensión de los síntomas psicológicos post-traumáticos, aunque presenta algunos puntos pendientes de resolver:

1. Etiología. No existe una base neurobiológica 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

^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 hecho de ser humillado en público puede constituir un hecho traumático, mientras que, en cambio, otras personas que han sido 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 y DSM-IV-R se optó por una definición actual. La CIE-10 se quedó en una línea muy similar a la del DSM-III-R : *Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo*. Requiere una reformulación.

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) y del algún modo incipientes estudios neurobiológicos. Estos parecen avalar la relación causa-efecto de algunos de los síntomas y es sin duda el campo en el que más se está avanzando.

2. Los **estudios epidemiológicos transversales**¹⁴ (en población USA) muestran que:

2.a. ***La exposición a hechos traumáticos en población norteamericana es un hecho frecuente.*** Según el National Comorbidity Study norteamericano¹⁵ la prevalencia-vida para hechos traumáticos en población USA es del 51.2% para mujeres y 60.7% para hombres^a.

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 Breslau¹⁶ et al (1991) se encuentran tasas similares en población general: 6% en hombres y 11% en mujeres^b. Frente a esto, en cambio, el estudio de Helzer (1987) con criterios DSM-III da una prevalencia del 1% en población general¹⁷. Aceptando el rango^{c18} 1-8% resulta notorio el buen ajuste de la mayoría de personas que pasan por experiencias traumáticas.

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 Foa¹⁹ et al (1995), Rothbaum²⁰ et al (1992)). Solomon y Green²¹ (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.

Estos datos, unidos a los de los estudios transversales, apoyarían la idea de que la mayoría de estos síntomas constituyen una adaptación normal del cuerpo humano ante una agresión externa de extrema gravedad y que su medicalización, en estas primeras fases, es un error.

3b. ***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

^a 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.

^b 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.

^c Respecto a la relatividad de las cifras de prevalencia resulta ilustrador reflexionar sobre un original trabajo 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.

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 cifras de *cronicidad*.) el 31% de personas tenían criterios de TEPT al ser incluidos en estudio. Reestudiados 20 años después, la mitad (15%) seguirían manteniéndolos aún (Frueh²² et al, 1994). En un estudio de Green y cols con supervivientes de una inundación en Buffalo Creek (USA), el 28% de las 120 personas estudiadas seguirían cumpliendo criterios de TEPT 14 años después de la catástrofe²³.

4. 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 persona²⁴. 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?.

5. Algunos estudios sugieren que hay casos en los que *los síntomas aumentan paradójicamente con el tiempo*. Así, Roca²⁵ (1992) –replicado por Pérez-Jimenez²⁶ 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. Estos datos apuntan al delicado equilibrio entre hechos traumáticos y circunstancias posteriores que se verá más adelante.

6. Los estudios muestran, así mismo, que el TEPT es uno *de los trastornos con mayor comorbilidad* de los contemplados en el DSM-IV-R²⁷. En estudios con veteranos del Vietnam el 75% de casos estudiados 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 comórbida 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 TEPT es solo una de las respuestas posibles al trauma. 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 interesante y que aporta importantes avances en muchos terrenos, si bien en este sentido, conceptualmente limitante.

7. Desde un punto de vista estrictamente fenomenológico cabría reflexionar si el TPET recoge la complejidad de la respuesta humana ante los hechos traumáticos.

8. Como han señalado numerosos autores *cumplir criterios diagnósticos no equivale ni a necesidad percibida de tratamiento médico ni a percepción clínica de necesidad del mismo*²⁸.

6. Trastorno de estrés postraumático complejo o DESNOS.

La insuficiencia del estrés postraumático como modelo de comprensión de la respuesta ante vivencias extremas ha llevado a la psiquiatría académica norteamericana a proponer que deben distinguirse los hechos traumáticos tipo I (puntuales y asumibles, cuyo paradigma sería un accidente de tráfico en una persona sin factores de riesgo) y lo tipo II (crónicos, prolongados en el tiempo o asociados a horror extremo, cuyo paradigma sería la violencia doméstica prolongada). Mientras que el TEPT explicaría la respuesta a los primeros, el denominado TEPT-Complejo o DESNOS (siglas que corresponden a *Disorder of Stress not Otherwise Specified*) corresponderían a la respuesta al segundo.

Existe una cantidad muy importante de literatura sobre el DESNOS desde inicios de los noventa, y es prácticamente seguro que va a ser aceptado como nueva categoría en el DSM-V y versiones posteriores con el nombre de Trastornos por Estrés Extremo (*Disorders of Extreme Stress*), puesto que quienes investigan en ello forman parte del comité evaluador, y ya se están desarrollando los estudios de campo de validación que requiere el comité para aceptar un nuevo diagnóstico en el vademecum²⁹.

El comité trabaja para validar la propuesta inicial de síntomas diagnósticos recogida en el cuadro y propuesta por Judith Herman en 1992³⁰.

Disorders of Extreme Stress. Criterios diagnósticos en estudio. (J. Herman, 1992)

- 1. Alteraciones en la regulación del afecto y de los impulsos**
 - 1.A. Disregulación del afecto
 - 1.B. Desregulación de la ira
 - 1.C. Conductas autodestructivas
 - 1.D. Preocupaciones suicidas
 - 1.E. Dificultades en la modulación de la implicación en actividades sexuales
 - 1.F. Asunción excesiva de riesgos
- 2. Alteraciones en la atención o la conciencia.**
 - 2.A. Amnesia
 - 2.B. Episodios disociativos transitorios y despersonalización
- 3. Somatizaciones.**

3.A. Sistema digestivo	3.D. Síntomas conversivos
3.B. Dolor crónico	3.E. Síntomas sexuales
3.C. Síntomas cardiopulmonares	
- 4. Alteraciones en la percepción de sí mismo.**

4.A. Ineficacia	4.E. "Nadie puede entender"
4.B. Daño permanente	4.F. Minimización
4.C. Culpabilización y responsabilidad	
4.D. Vergüenza	
- 5. Alteraciones en la percepción del perpetrador.**
 - 5.A. Asumir creencias distorsionadas
 - 5.B. Idealización del perpetrador
 - 5.C. Preocupación porque al perpetrador se le haga daño
- 6. Alteraciones en la relación con los demás**
 - 6.A. Incapacidad para creer
 - 6.B. Revictimización de sí mismo
 - 6.C. Victimización de otros
- 7. Alteraciones en el sistema de significados de la vida**
 - 7.A. Desesperanza
 - 7.B. Pérdida de creencias que se tenían previamente (p.e. religiosas)

De estos 7 ejes y 26 criterios, las investigaciones y las propuestas terapéuticas se han centrado de manera casi exclusiva en las dos primeras: los elementos de disociación y en los denominados trastornos en la regulación de los afectos^a (ver más adelante).

El DESNOS, DES, TEPT complejo o como finalmente decida llamarle el comité constituye un intento de aproximación a la realidad, y un valioso esfuerzo por acercarse a elementos de la experiencia de los supervivientes que no encajan dentro de los síntomas clásicos “observables” que suele recoger la psiquiatría académica.

Pero la reflexión es obvia y necesaria. ¿La incapacidad para creer en la bondad del ser humano después de pasar por una experiencia extrema es un signo de enfermedad? ¿Perder la fe religiosa que se tenía después de vivir la muerte de la propia familia en un genocidio es un síntoma de desestabilidad mental? ¿Pensar que “nadie puede entender” debe interpretarse al mismo nivel que las alucinaciones de un paciente psicótico? ¿O son, por el contrario, signos de lucidez y quienes deben cuestionarse su mirada sobre la realidad son quienes consideran que a ellos nunca les va a pasar nada, que el futuro es ordenado, predecible y la sociedad justa, que la vida tiene un fin último y un significado? ¿Hasta donde puede llegar la capacidad de las clasificaciones para asimilar y etiquetar la vida que no encaje dentro del patrón euroamericano de *Un Mundo Feliz*?

¿Pueden – como se postula en los modelos protocolizados de tratamiento que se han desarrollado³¹ de corte cognitivo-conductual y de psicoeducación y modelado en regulación de los afectos³²-, enfrentarse los dilemas profundos y existenciales que puede conllevar un hecho traumático como si se tratara de fobias condicionadas algo complejas que hay que descondicionar y creencias erróneas a rebatir? ¿Dónde queda, una vez más, el contexto social, político y relacional en que se produjeron los hechos traumáticos y que *dotan de sentido* a la experiencia?

Aún reconociendo el gran esfuerzo de quienes postulan este nuevo diagnóstico por aprehender y sistematizar una realidad compleja, habrá que extremar el cuidado con la letra pequeña para que la psiquiatría académica no acabe dando la razón a Jean Amery.

7. Modelos conceptuales en la comprensión de las respuestas post-traumáticas.

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 cuatro grandes líneas de trabajo en la literatura sobre el tema. Todas ellas tienen en común el estar basadas en investigaciones con supervivientes femeninas de abuso o violación sexual, no existiendo prácticamente investigaciones controladas con otros grupos de población más allá de los trabajos generales de tipo epidemiológico.

Modelos neurobiológicos. Etología y trauma.

^a Una de las cosas más curiosas (y a la vez tristes) de esta línea de trabajo es las equiparaciones constantes que hace entre los supervivientes con DESNOS y las personas con Trastorno Borderline de la Personalidad –TBP- (cuyos criterios diagnósticos se asemejan notablemente a los propuestos para el DESNOS, aumentando la confusión el hecho de que epidemiológicamente pueda haber patrones de vinculación (attachment) similares y que en el TBP haya una alta frecuencia de hechos traumáticos a lo largo de la vida).

Entre los modelos neurobiológicos postulados en la literatura para el estrés postraumático están ^{33,33,34}:

- *Shock inescapable* : Formulado a partir de los trabajos experimentales de Seligman³⁵ con perros. Tras recibir choques de los que los perros no podían escapar, éstos se sumían en un estado de depresión y apatía profundos en los que había: (a) Imposibilidad para escapar a nuevas situaciones estresantes aunque la salida fuese evidente, (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 neurobiológica ante la situación de *shock inescapable* es [1] un aumento en la producción y utilización de catecolaminas. Esta reacción queda condicionada y posteriormente, ante pequeños estímulos estresantes se produce una respuesta exagerada con una rápida depleción central y aumento periférico. [2] Disregulación/hiperactividad subsecuente del Locus Ceruleus.

Los clásicos síntomas difásicos del TEPT podrían resultar, según este modelo, de la fluctuación de los niveles de catecolaminas. La depleción repetida podría contribuir a los síntomas de evitación y anestesia afectiva, que suele acompañarse de síntomas depresivos y el aumento periférico a respuestas exageradas de hiperactivación.

Las catecolaminas podrían 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 déficit 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 TEPT (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 la misma 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 aumentaría la susceptibilidad del animal al síndrome de desesperanza aprendida ante un shock inescapable.

- *Trauma y opiáceos endógenos.* (1). El shock inescapable provocaría una respuesta de analgesia inducida por estrés en animales. Parece haber, en esta situación, un aumento de los dinteles de tolerancia al dolor que estaría en 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 tríada Analgesia Física, Anestesia Psíquica-Emocional y Despersonalización. (3). En animales los opiáceos parecen disminuir las respuestas de afiliación (*attachment*). Los inhibidores, en cambio, 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.
- *Cortisol, hipocampo y trauma.* Numerosas hipótesis e investigaciones han intentado poner en relación a los síntomas postraumáticos con el cortisol y su impacto en el sistema neurológico. Entre los diferentes estudios publicados se sugiere: (a) evidencias (en muestras pequeñas y no replicados de manera consistente) de aumento sostenido del cortisol en la infancia en pacientes con abuso sexual crónico, que se asociaría (datos no concluyentes) con un atrofia de la corteza del hipocampo. Esto explicaría los signos y síntomas de desregulación emocional y afectiva en la edad adulta. Esta atrofia aparecería también en adultos con trauma crónico –como por ejemplo bomberos³⁶- (b) evidencias (no replicadas de manera consistente) de que, estos mismos niños, en la edad adulta, tendrían niveles de cortisol sistemáticamente bajos, lo que explicaría algunos síntomas de vacío afectivo y anestesia emocional. (c) estudios (no replicados de manera consistente) de reversión del proceso y aumento del tamaño del hipocampo a medida que aparecía mejora clínica en procesos de psicoterapia intensiva³⁷ (c) estudios sobre aumentos sostenidos de concentraciones de cortisol en saliva y orina en pacientes con estrés postraumático crónico³⁸.

Los estudios publicados siempre lo han sido con muestras menores de 30 casos (la mayoría, de hecho, con entre 5 y 10 casos). Cuando finalmente se han realizado estudios epidemiológicos sobre TEPT y cortisol en grandes muestras de población general, se ha observado que en realidad no hay ninguna relación entre ambos ni con el hipocampo que se sostenga³⁹.

- *Propranolol : la droga que borra la memoria y elimina la culpa.* Una derivación de las anteriores teorías han sido los trabajos que han intentado el tratamiento de los síntomas de estrés postraumático con bajas dosis de cortisol o los que lo han hecho utilizando dosis elevadas de propranolol (como bloqueante de los receptores beta). En el trabajo tipo, se suministra propranolol o bajas dosis de cortisol a personas que

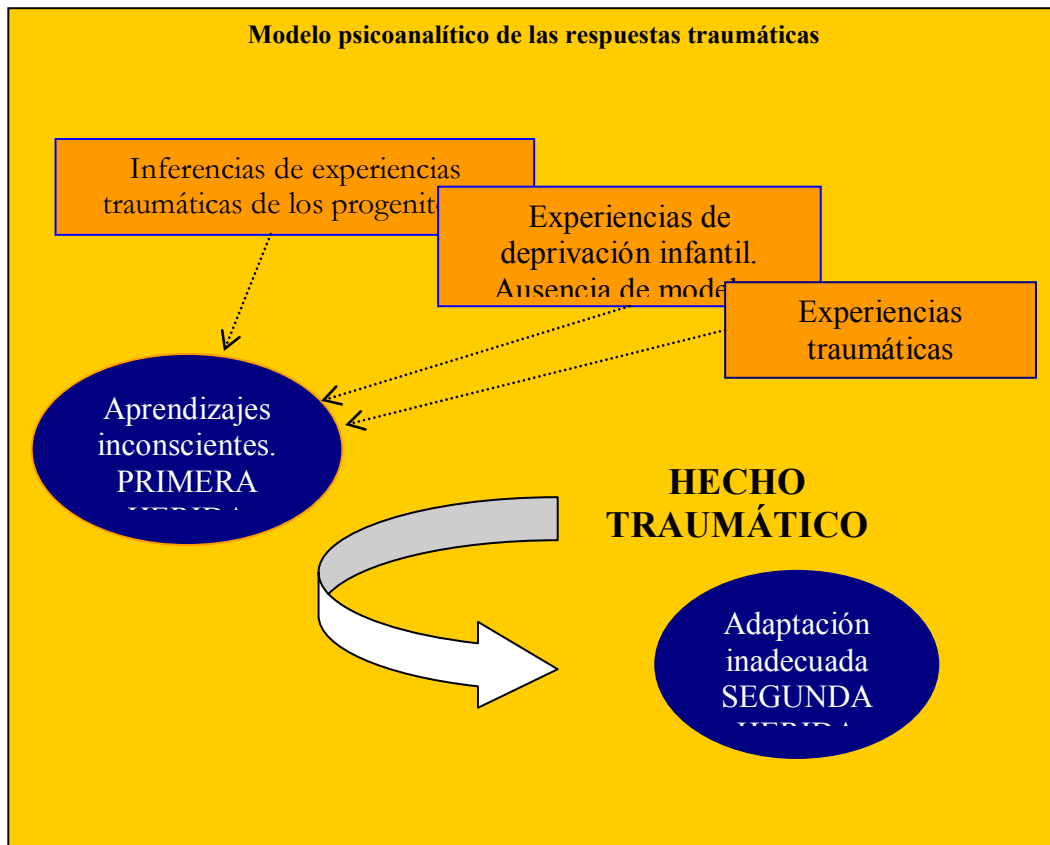
han sufrido un accidente de tráfico en las 72 horas anteriores, tomándose medidas de TEPT al cabo de un tiempo, observándose, en algunos casos, menores tasas de TEPT a los dos meses⁴⁰. Esta línea de pequeños trabajos encontraron eco como descubrimiento revolucionario en las revistas Science⁴¹ y Nature⁴², lo que tuvo un impacto mediático inmediato, con titulares como “Reescriba su pasado – Borre sus sentimientos de culpa”, en el que se anunciaba a la aparición de una “nueva” droga capaz de evitar la fijación de recuerdos traumáticos o de suprimirlos cuando ya se habían producido, con comentarios de columnistas anunciando la aparición de un “nuevo mundo feliz” libre de culpas, y alertando del peligro del ser humano como psicópata una vez existía una droga que le quitaría los remordimientos. En realidad los estudios son retrospectivos^a datos muestran diferencias estadísticas mínimas en muestras no representativas y con graves sesgos metodológicos, y no ha habido replicas de los resultados en grupos importantes de población pese a los numerosos intentos. Parece tratarse de una vía potencialmente interesante, pero hoy por hoy, sobredimensionada respecto a las evidencias reales⁴³.

Modelo psicodinámico.

Existen numerosos modelos propuestos desde el marco conceptual psicodinámico. Destacan los de Weiss (1993)⁴⁴ y Horowitz⁴⁵ (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. Es lo que Alice Miller⁴⁶, una de las figuras clave en los modelos psicoanalíticos de respuesta al trauma, denomina “la búsqueda en la infancia de la llave perdida”.

^a Los estudios prospectivos no son realizables por obvias razones éticas. Se trataría de dividir a una muestra de voluntarios en dos grupos. A unos se suministrarles propanolol antes de ver imágenes neutras y traumáticas, y a los segundos placebo y observar las consecuencias al cabo del tiempo.



Horowitz⁴⁷ 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 evocarán 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.

Modelos basados en la teoría del apego

Con muchos vínculos con la teoría psicoanalítica, la teoría del apego indaga también en las raíces infantiles de la respuesta al trauma, pero lo hace desde la teoría del *attachment*, que tiene en Bowlby a su autor más clásico y conocido.

En su postura más extrema, la teoría pretendería explicar la respuesta adulta a situaciones traumáticas a partir del estilo de vinculación en la infancia y del aprendizaje que en su día este tipo de vinculación conllevó en términos de capacidad de regulación del afecto, seguridad y autoestima⁴⁸. Se formula así una teoría en la que se postula que la vinculación con los referentes afectivos en la infancia (esencialmente los padres) conformaría una estructura neurobiológica *dañada*, que sería la que determinaría la

respuesta adulta anómala al trauma. Por esto algunos autores hablan de la existencia de un *vínculo traumático*, lo que a veces puede generar una cierta confusión terminológica.

En su postura más moderada se entendería que el estilo vincular crea la tendencia a *esquemas de respuesta* en el adulto que pueden activarse (o no) en situaciones de estrés⁴⁹. Algunos casos de estilos vinculares muy anómalos en la infancia podrían explicar determinadas reacciones extremas de daño traumático en el adulto^a. Pero la gran mayoría de personas que han pasado por situaciones traumáticas han tenido vinculaciones en la infancia que no determinan especiales vulnerabilidades al trauma ni pueden rastrearse antecedentes que expliquen la reacción actual.

Bowlby⁵⁰ hablaba de modelos de trabajo internos (Inner Working Model) y los definía como las representaciones cognitivas y emocionales de uno mismo y de los demás que operan de manera automática e inconsciente para monitorizar las experiencias de la vida relacionadas con situaciones de vínculo interpersonal, constituyendo la base de la conducta de la persona. Definió dos estilos vinculares básicos (seguro e inseguro), que posteriormente han generado, en la literatura posterior, múltiples estilos y subcategorías, según los autores. Desde la perspectiva de la teoría del estrés el cuadro adjunto resume los elementos clave.

Debe entenderse que el niño en la infancia estuvo sometido a un determinado estilo parental (por ejemplo de caos de normas, con abandono respecto a elementos afectivos clave alternando con control exagerado y disciplina ante detalles menores), ante el que *tuvo que adaptarse*, por ejemplo, con conductas exageradas de sumisión y anulación completa de su mundo interno, en un intento de aplacar explosiones de ira que no entiende. Este patrón vincular *resulta adaptativo* en la infancia y le permite sobrevivir en un medio hostil e inadecuado. El problema es cuando, en la vida adolescente o adulta, estas reacciones que *ya son parte de la persona y de las que con frecuencia no se es consciente* dejan de ser adaptativas⁵¹.

En terapia, se requerirá un esfuerzo especial en mirar más allá de las conductas para entender y empatizar con su origen, como mecanismo de autoprotección.

^a Ciertos casos de lo que en la literatura anglosajona denomina Estrés Postraumático Complejo (Complex PTSD) o Disorders of Extreme Stress No Otherwise Specified (DESNOS), categoría que ya se acepta va estar incluida en el DSM-V.

Estilos vinculares en la infancia e implicaciones para una teoría de la respuesta al trauma adulto.

Patrón de vínculo en la infancia	Regulación del afecto	Sentido de valía personal	Sentido de conexión con el mundo	Aspectos relevantes que pueden aparecer tras una situación traumática
ESTILO VINCULAR EN EL ADULTO				
Vínculo seguro	Consistente	Elevada	Organizado y coherente	Pueden expresar las emociones que sienten. Manejan y resuelven conflictos con tendencia a la ecuanimidad de juicio
Vínculo inseguro AMBIVALENTE	Gran parte de sus conductas están determinadas por el afecto.	Inestable y dependiente del contexto	Miedo al rechazo	Emociones intensas de ansiedad, miedo a la pérdida, dependencia, rabia y celos en las relaciones con otros, alternando idealización con rechazo. Conductas de riesgo o de consumo de alcohol como reguladores del afecto en situaciones traumáticas. Pueden implicarse fácilmente en relaciones poco gratificantes en un intento de no estar solos/as.
Vínculo inseguro EVITATIVO	Negación y minimización de de las emociones como principal mecanismo de defensa. Hostilidad y oposición hacia los demás si se le imponen cosas	Apariencia de seguridad que esconde una gran inseguridad.	Incomodidad con las situaciones de intimidad, rechazo defensivo	Actitud condescendiente y de rechazo en la consulta transmitiendo una cierta idea de incompetencia e ineficacia del terapeuta que les lleva a ser rechazados, lo que repite el ciclo de rechazos vivido en la infancia.
Vínculo inseguro ó DESORGANIZADO Constituye el patrón identificado en más del 80% de casos de trauma complejo.	- Alteraciones muy graves que dominan el patrón de relaciones personales. Subidas y bajadas constantes, aparentemente inexplicables. Hipersensibilidad a cualquier comentario. Reacciones catastróficas. Tendencia a poner a prueba a los demás constantemente. -Tendencia a la disociación ante situaciones emocionalmente complejas. -Angustia, depresión, desorganización conductual, escaso control de impulsos, vacío crónico. -Problemas laborales, y de relación.	Muy bajo.	Aparentemente ilógico. Daño constante a quienes más se quiere.	Los cuidadores en la infancia eran, a la vez, la fuente de afecto y de horror, y esto lo mismo que anticipan que va a ser el terapeuta

Disociación y trauma

Los últimos años han visto el paso a primer plano de los autores que han postulado a la disociación como el gran elemento “olvidado” del trauma y sobre el que debería pivotar tanto su comprensión como su tratamiento⁵². Han surgido varias revistas monográficas sobre disociación y trauma y una sociedad internacional dedicada solo a su estudio.

El primer problema que surge al revisar el tema es que es imposible encontrar una definición clara de qué es *disociación*. Desde quienes incluyen fenómenos como concentrarse en el trabajo o la conducción no percibiendo nada de lo que ocurre alrededor o que “pase el tiempo volando”, hasta quienes lo reservan para expresiones psicopatológicas graves, como la denominada personalidad múltiple, hay una pluralidad de marcos y definiciones que impide avanzar con claridad. Por otra parte no hay acuerdo respecto al carácter disociativo de signos clave como, por ejemplo, los “flashbacks”, paradigma disociativo para algunos, y simple elemento de memoria para otros, o respecto a la denominada “anestesia emocional”, también considerada o no disociativa según quien sea el autor. Hay quien habla de la disociación como “fenómenos” y quienes la consideran una dimensión que algunas personas tienen más desarrollada que otras.

En su forma extrema, quienes defienden que la disociación es el núcleo definitorio del trauma considerarían que:

1. En la evolución del niño, habría una integración armoniosa de los sistemas que regulan las conductas de la vida diaria con los que regulan las actividades de defensa ante amenazas. Pero cuando existen vínculos inseguros o desorganizados, es decir, que las figuras de vinculación más importantes son el origen de amenazas agresiones o terror *en la vida diaria* sería imposible para el niño integrar armoniosamente ambos sistemas. Esto haría que mientras la mayor parte del tiempo funcionaría con los sistemas de regulación de la vida diaria, sometido a presión se activarían los circuitos disfuncionantes de personalidad (yo soy, yo pienso, yo siento, yo actúo) alternativos, que sería lo que se considera disociación (exactamente **disociación estructural de la personalidad**⁵³.) y apareciendo la desregulación de los afectos y los problemas en el control de los impulsos como manifestaciones más evidentes de esta situación.
2. Se propone la existencia de síntomas disociativos “psicomorfos” y “somatomorfos”, tanto positivos como negativos :

Síntomas disociativos psicomorfos	Positivos	Memorias traumáticas y pesadillas con componentes afectivos, cognitivos y somatosensoriales. Alucinaciones o pseudoalucinaciones. Inserción / Intrusión de pensamientos.
	Negativos	<i>Pérdidas de memoria (amnesia), pérdida de la capacidad de sentir (embotamiento emocional), pérdida de la capacidad de crítica con sugestibilidad y facilidad para la manipulación (circuito cognitivo), anulación de deseos, necesidades y fantasías personales.</i> Todos estos elementos (recuerdos, emociones, pensamiento crítico, deseos o fantasías) estarían accesibles en la parte sana equivalente de la personalidad no disociada
Síntomas disociativos somatomorfos	Positivos	Intrusiones de aspectos somatosensoriales de la experiencia traumática (olores, sonidos, imágenes o sensaciones dolorosas...), distorsiones sensoriales, pseudocrisis epilépticas, automutilaciones y conductas impulsivas irrefrenables.
	Negativos	<i>Pérdidas sensoriales, preceptuales o motoras (p.e. anestesia o pérdida de sensibilidad en extremidades, parálisis o ceguera disociativa)</i>

3. Haciendo la mirada inversa, desde la clínica de los supervivientes de situaciones traumáticas, la explicación que se defiende desde este modelo sería :

- *Amnesia a elementos relevantes del hecho traumático : correspondería con alteraciones de la atención y la conciencia por la activación de uno o más elementos emocionales de personalidad disociada*
- *Somatizaciones (quejas de dolor crónico, fibromialgia, problemas de dolor o disfunción en las relaciones sexuales...) como activación de estructuras emocionales de personalidad disociada surgidas durante el abuso como niño o la situación traumática*
- *Alteraciones en la regulación del afecto o las emociones como activación de estructuras disociadas que escapan al control estabilizador consciente de la personalidad sana, Ante determinadas situaciones evocadoras se dispararían uno o mas de estas estructuras provocando cambios bruscos en el ánimo, reacciones de ira etc*
- *Alteraciones de la percepción de sí mismo como parte de estructuras disociativas, con autoimágenes de sí como merecedor de desprecio y minusvaloración, torpe y culpable implícito de todo lo malo que pase a su alrededor. Estas estructuras pueden incluso ser opuestas a la personalidad normal de la vida diaria (que se vería a si misma como capaz, responsable, normativa y respetada, o incluso como seductora y con éxito social).*
- *Alteraciones de la relación con los demás como oscilaciones entre los sistemas de vínculo sano y de vínculo de defensa, combinando actitudes de rechazo y fóbicas con deseos enormes de vínculo y actitudes de puesta a prueba constante y de grandes oscilaciones.*
- *Alteraciones en los sistemas de significado de la realidad, dependiendo de qué personalidad tiene el control. En condiciones normales, puede ser optimista y considerar que no necesita tratamiento y está en control de su vida y las circunstancias, mientras que bajo presión ver todo como extremadamente negativo y desesperante.*

El modelo pretende abarcar todas las formas de trauma distinguiendo hasta tres niveles de severidad de los procesos disociativos (el TEPT clásico estaría en el primer nivel y el DESNOS en el segundo y tercer nivel de severidad de procesos disociativos).

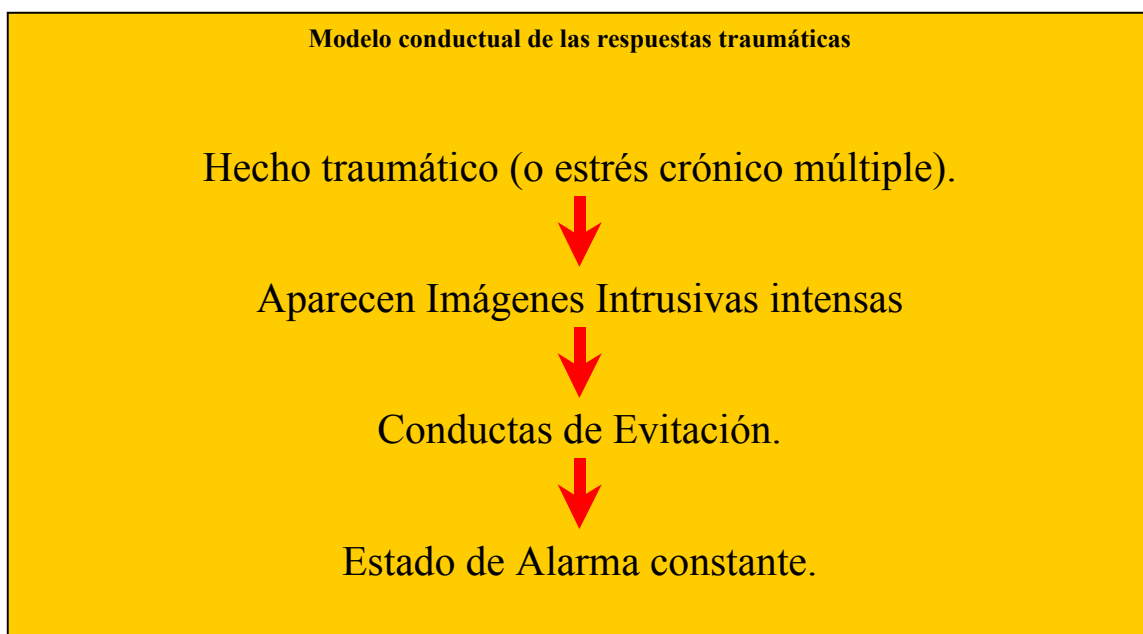
Las propuestas terapéuticas que se infieren, y que son aplicables a casos extremos generalmente de pronóstico incierto, vienen a converger en más o menos 3 estadios de trabajo: En el primero, muy largo (15 sesiones de promedio) habría un trabajo basado exclusivamente en el refuerzo del vínculo paciente-terapeuta y en trabajar elementos de insight del modo de relacionarse con los demás y de psicoeducación sobre lo que es la disociación y como está afectando a la persona. El terapeuta jugaría en gran medida un rol de padre/madre con el que es posible establecer un vínculo diferente al vínculo desorganizado de la infancia y “reaprender” poco a poco las emociones e interacciones adecuadas e inadecuadas ante las situaciones percibidas como amenaza. Si se avanza suficientemente, en una segunda fase se entraría al recuento y análisis de los hechos traumáticos buscando elementos “olvidados” e intentando la reconexión entre los dos

mundos disociados integrándolos en una sola memoria con un solo patrón de emociones, cogniciones y reacciones asociado. En ocasiones nunca se llegan a dar las condiciones para esta segunda fase, o según algunos autores, es recomendable realizarla en régimen de ingreso hospitalario. La fase 3, de consolidación, refuerza y profundiza el vínculo estabilizador trabajando sobre situaciones concretas y espaciando las citas, por lo que se recomienda trabajar en equipo y que varios miembros se repartan progresivamente roles, para evitar crear una dependencia excesiva del terapeuta para el futuro. Todo el tratamiento puede tomar varios años, lo que para los autores es lógico teniendo en cuenta que se trata de reeducar una personalidad anómala disociada.

Modelos de base cognitiva: teoría del procesado de la información.

- Modelo **Cognitivo** basado en la **Teoría del Procesado de la Información**. Edna Foa⁵⁴ es la figura más representativa de esta línea teórica. 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 ellas 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 activaría una red neural específica, con elementos mnemónicos polisensoriales ante estímulos de tipo real o simbólico.

Para McFarlane⁵⁵ 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. Aunque es un modelo sencillo y práctico para enfocar después el tratamiento (por ejemplo Scott y Stradling⁵⁶, 1992) y ha ganado por ello popularidad, no hay evidencias experimentales de que esta secuencia exista.



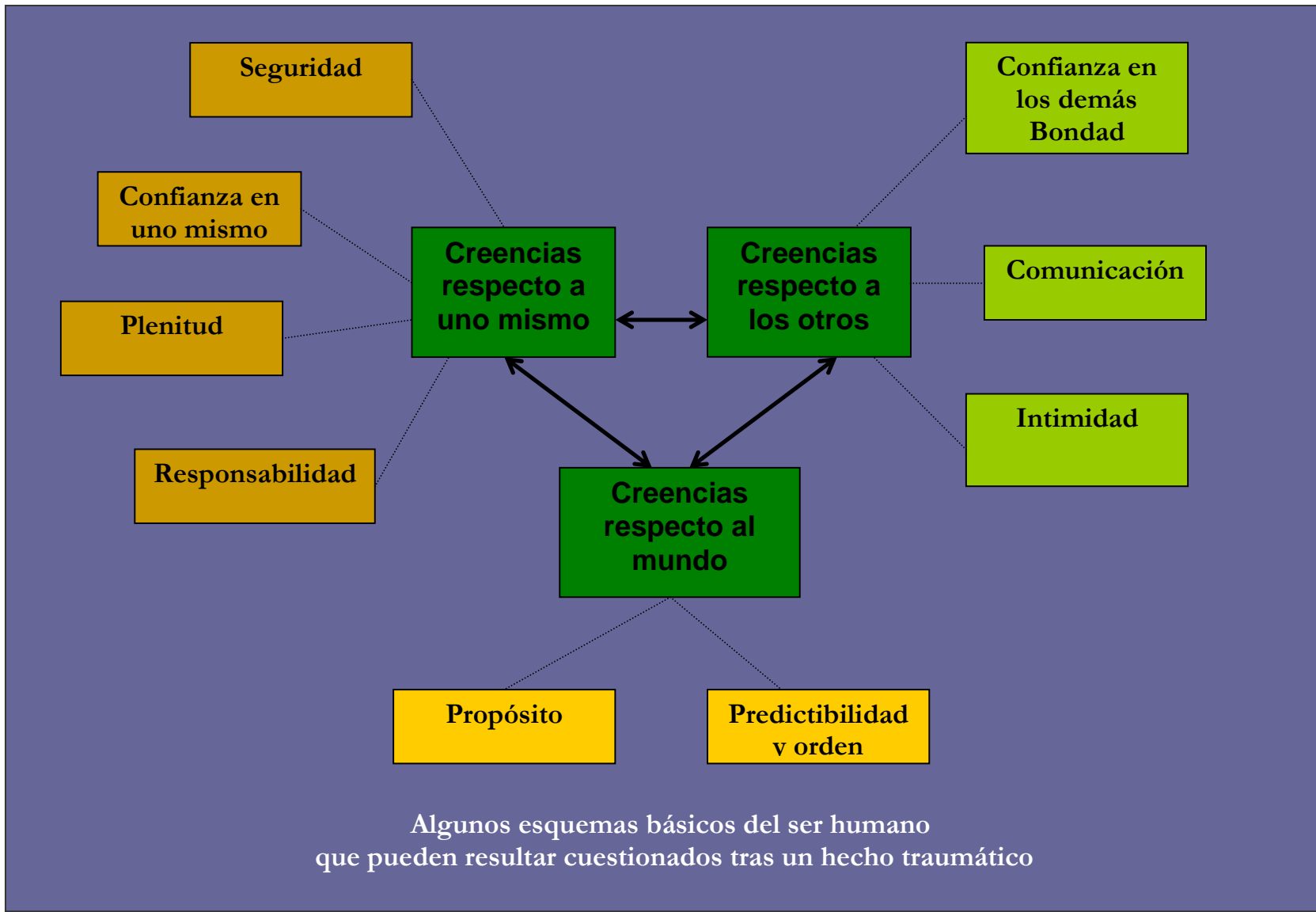
Modelo socio-cognitivo: el quiebre de los marcos de referencia

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. Para poder vivir las personas tienen en una determinada medida una serie de *sesgos cognitivos* entre los que destacan la ilusión de control (el futuro es predecible), la ilusión de bondad (la gente es buena; las cosas malas nunca ocurren o en todo caso no a mí) y la ilusión de invulnerabilidad. 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 más egoístas, malevolentes (p.e. Janoff-Bulman⁵⁷). 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.

En el siguiente tabla hemos intentado resumir los esquemas que pueden resultar cuestionados tras un hecho traumático. En uno o más se producirá una auténtica fractura. El hecho marcará un antes y un después. Esa fractura es lo que lo define como *traumático*. En 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 (cuales son aquellos que le identifican y definen en mayor medida como *ser en el mundo*).

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 relaciones vinculares problemáticas en la infancia o la adolescencia. Así, por ejemplo, diversos estudios muestran como los hijos de familias en constante conflicto (sin que haya habido ningún hecho traumático en especial, sino simplemente que se han desarrollado en el marco de un sistema de vínculos conflictivo), tienen una mayor vulnerabilidad ante hechos traumáticos registrada a través de cuestionarios que miden las creencias básicas sobre el yo y el mundo como la *World Assumptions Scale* (p.e. Mgwaza⁵⁸). Ante hechos traumáticos posteriores presentarán, por ejemplo, una mayor tendencia a la desconfianza y a actitudes defensivas⁵⁹.

Brewin, Dalgleish y Joseph (1996)⁶⁰ 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*. Los recuerdos verbalmente accesibles son aquellos 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. Los recuerdos *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



Cambios en los marcos de referencia de la persona respecto a sí mismo y a su estar en el mundo

CREENCIA	Presunciones Inconscientes		MANIFESTACIONES	POSIBLE LÓGICA FUNCIONAL POSITIVA.
	ANTES	DESPUÉS		
Seguridad. La creencia en la invulnerabilidad personal	”A mí nunca me va a ocurrir una cosa así, esto le pasa a los otros”.	“El mundo es algo peligroso” “La muerte está presente en todo”. “En cualquier momento se puede perder todo”	Tras experimentar la sensación de desbordamiento y de caos : <ul style="list-style-type: none"> o Miedo, prudencia o Desconfianza, Hostilidad o Refugio obsesivo en rutinas o Pesadillas de persecución o muerte 	Estar a la defensiva, con ansiedad, vigilante, para disminuir los riesgos. Avisa de peligros. Pero: Genera un gran cansancio y discomfort.
Confianza. La creencia de que uno es una persona fuerte y válida	“Cuando tengo un problema, por lo general sé lo que tengo que hacer”	“Nunca creí que podría reaccionar así” “ya no me veo como antes”	<ul style="list-style-type: none"> o Inseguridad o Vergüenza ante uno mismo (<i>shame</i>) al enfrentarse a aspectos negativos de sí que no esperaba. 	Rectificar y corregir errores. Pero : la inseguridad puede evitar exponerse a otras situaciones similares y potenciarse en forma de profecías autocumplidas
Plenitud. Convencimiento de que en el futuro habrá un bienestar personal derivado de poseer un sistema de valores, un proyecto vital, realizar con satisfacción las pequeñas rutinas del día a día.	“Soy bastante feliz, sobretodo si me comparo con los demás”	“El mundo es gris, nada me satisface. No puedo encontrar placer en las cosas”	Un sentimiento generalizado de pérdida (de valores, de confianza en uno mismo, en los demás, de proyecto vital, de rutinas anteriores....). Recuerdos constantes de las pérdidas y de las experiencias dolorosas propias, pequeños estímulos conectan a la persona con sus traumas. Anhedonia.	Restituir la dignidad (llevar una especie de “luto existencial” por el proyecto quebrado) Reevaluación vital. Crisis como oportunidad para el crecimiento postraumático. Pero : Como toda transición vital, no es un proceso siempre asumible y en todo caso sencillo.

Cambios en los marcos de referencia de la persona respecto a sí mismo y a su estar en el mundo

CREENCIA	Presunciones Inconscientes		MANIFESTACIONES	POSIBLE LÓGICA FUNCIONAL POSITIVA.
	ANTES	DESPUÉS		
Responsabilidad.	“Puedo asumir las consecuencias de mis actos porque mis intenciones son buenas. No haría daño a nadie” No haría daño a nadie”	“¿Cómo puedo haber (hecho, pensado, sentido, deseado....) algo tan horrible / vergonzoso / egoísta?”	<ul style="list-style-type: none"> o Angustia o Rememoraciones del hecho (pesadillas, imágenes lacerantes...) o Remordimientos (rumiaciones sobre el acto culpógeno). o Rabia / autoagresiones reales o simbólicas o Conductas de expiación o de compensación simbólica. 	<ul style="list-style-type: none"> o Mantener el control sobre lo que uno es o hace: si me asumo responsable, afronto la culpa, pero sé que aún puedo decidir sobre las cosas. o Disonancia entre el debería y el es: posibilidad de aprendizaje y rectificación para el futuro. <p>Pero : En ocasiones la culpa puede llegar a ser bloqueante.</p>
Confianza en los demás. Bondad. La creencia en la bondad de las personas y su tendencia al altruismo y a la ayuda.	“Si me pasa algo, me van a ayudar” “Nadie es capaz de hacer daño porque sí. Eso no tiene sentido”.	“El hombre es el peor enemigo del hombre”. “Cada cual va a la suya y si pueden te joden...” “No te puedes fiar de nadie” “Todo el mundo en el fondo puede ser extremadamente cruel y llegar a hacerte daño si no te cuidas”	<ul style="list-style-type: none"> o Actitud cínica y pesimista, con sentimientos de amargura, de distanciamiento, actitudes egoístas o de indiferencia o crueldad hacia otros. o Aislamiento y rechazo social o Rehuir contactos personales 	<p>Protegerse de un ambiente hostil.</p> <p>Pero: Se renuncia también a poder dar y recibir afecto de otros.</p>
Comunicación.	“Es bueno hablar las cosas” “Hablando se entiende la gente”	“Por más que digan, nadie puede entender nada” “Es muy fácil decir <i>te entiendo</i> pero no tienen ni idea”	<ul style="list-style-type: none"> o Sensación de extrañamiento y alineación. Sentimiento de “ser distinto”. o Pérdida del deseo de cohesión, aislamiento de los demás, desconfianza o En los dos extremos : dificultad para estar sólo o deseo de no establecer relaciones íntimas con nadie. o <i>Explicar</i> requiere mucha energía : agotamiento antes de hablar. 	<p>Protegerse ante respuestas hirientes o absurdas.</p> <p>Pero : El silencio suele ser interpretado como rechazo y generar rechazo.</p> <p>Estar a la defensiva es agotador.</p>

Cambios en los marcos de referencia de la persona respecto a sí mismo y a su estar en el mundo

CREENCIA	Presunciones Inconscientes		MANIFESTACIONES	POSIBLE LÓGICA FUNCIONAL POSITIVA.
	ANTES	DESPUÉS		
Intimidad.	“Relacionarse con los demás ayuda a sentirse bien” “Es bueno poder compartir y apoyarse”	“¿Vale la pena relacionarse si después te abandonan? ¿Si acaban decepcionándote?”	Rechazo a establecer vínculos afectivos	Evitar ser abandonado Pero : Hay una conciencia de soledad y fragilidad.
Predictibilidad. La creencia de que vivimos en un mundo ordenado y predecible, donde los hechos son controlables y donde hay unas reglas que adecuadamente utilizadas llevan a las consecuencias previsibles.	“Si uno hace las cosas del modo correcto, al final todo sale bien”.	“¿Cómo es posible que ocurran estas cosas?” “Esto es absurdo, no tiene sentido, es una pesadilla que seguro que va a pasar” “las cosas no tienen lógica”	o Sumisión, obediencia Bloqueo, inhibición, apatía	Abandonar todo intento por controlar la realidad para evitar la angustia. Pero : la angustia y la apatía pueden no disminuir con el tiempo
			o Control obsesivo (p.e. estar muy pendiente de dónde están los familiares, alarma si no llegan a la hora exacta, control de todos los detalles de las vidas de los demás...	Intentar restaurar la sensación de control redoblando esfuerzos. Pero : El alivio de la angustia es solo temporal y requiere de nuevos controles.
Propósito. La creencia de que la vida tiene un significado o un fin determinado.	“Lucho por tener...” “Lucho por llegar a...”	“¿Qué sentido tiene luchar algo si lo puedes perder en un instante?”	o Apatía, vacío, pérdida o Desencanto, vacío, ironía.	Evitar nuevas decepciones. Pero : Es difícil vencer la apatía o el desencanto si no se logran nuevos significantes alternativos (que integren o rechacen los anteriores)

Fuente : Elaboración propia a partir de Epstein⁶¹ (1989), McCann y Pearlmann⁶² (1990), Janoff-Bulman⁵⁷ (1992) Livanou et al⁶³, Catlin⁶⁴ G, Epstein S (1992).

el miedo o estímulos sensoriales o emocionales del momento. Estas memorias influyen tanto como las otras la percepción que se tiene del mundo (factores no conscientes de la toma de decisiones).

En este sentido hay que entender también los *cambios en las creencias básicas*, que no deben verse como algo esencialmente consciente, es decir, como el resultado de un proceso de reflexión de la persona. En algunos casos será así, pero en la mayoría tendrá más que ver con el *procesado inconsciente* de emociones y experiencias^a.

Por eso, una terapia puramente cognitiva tendrá una utilidad limitada si no hay antes un trabajo previo de ir desentrañando y haciendo conscientes estos cambios en la persona (trabajando en terapia como era antes y como es ahora y los cambios que ha habido en su manera de funcionar que pueden significar cambios en su manera de ver el mundo) y teniendo en cuenta, además, que el acceso a esas creencias se puede hacer a través de vías no necesariamente verbales.

Modelo narrativo-constructivista

El modelo constructivista (p.e. Meichenbaum⁶⁵). 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.

8. Elementos transculturales relevantes en la comprensión de las respuestas postraumáticas

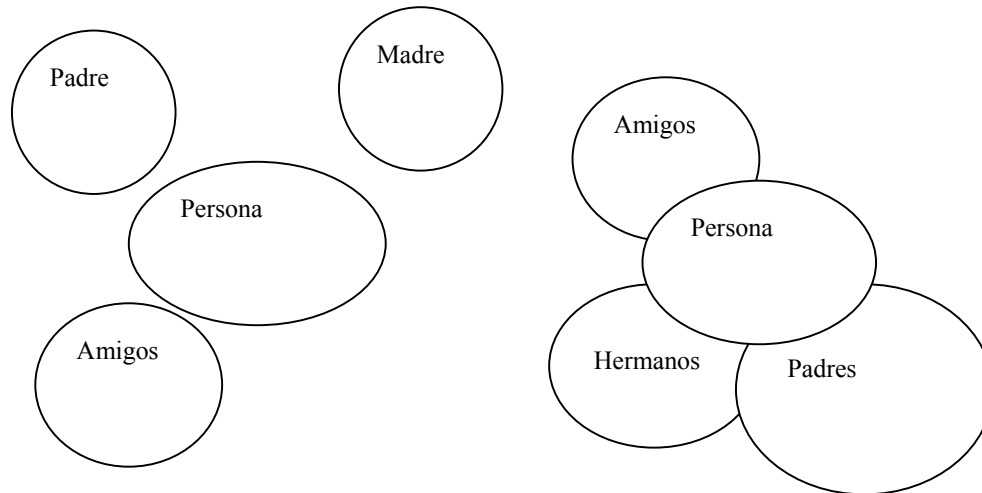
El concepto de persona y de yo.

El concepto de *persona*, (y derivado de él, el de rasgos de la persona o *personalidad*) no es universal. Así en culturas no centradas en el individuo y con una perspectiva holística las 'personas' no pueden entenderse como entes aislados, si no en relación con los demás y con el medio ambiente. La persona no se define (desde el nombre

^a Así, por ejemplo, en un trabajo de carácter cualitativo Klein y Janoff-Bulman (1996) analizan el discurso de niños supervivientes de abuso infantil comparados con grupos controles y con niños supervivientes de divorcios considerados traumáticos. Observan que los dos grupos de supervivientes tienen en sus narrativas un mayor énfasis en el pasado que el grupo control, pero que el grupo de supervivientes de abuso presenta, además, un escaso énfasis en su propia capacidad de control, en detrimento del rol asignado a las personas significativas, lo que le lleva a actitudes disfuncionales de dependencia ambivalente. Esta característica, que tendría que ver con la ruptura de creencias básicas, no sería *consciente*, aunque estaría operando en el niño.

hasta sus rasgos) por una serie de propiedades que le caracterizan, sino *por su modo de interaccionar con el medio*. Por eso diferentes autores cuestionan el concepto de persona en la psicología actual, por su carácter no contextual y por asumirse como una estructura y no como una función.

Matsumoto⁶⁶ revisa diferentes estudios transculturales que han examinado esta cuestión^a. La diferencia vendría reflejada en el gráfico^b. Para muchas culturas no occidentales de carácter colectivista no puede asumirse, por ejemplo, que la predictibilidad o el control personal sobre el futuro sean un valor de relevancia básica. Estas culturas enfatizarán, en cambio, lo que podría denominarse el espíritu de conexión básica entre las personas. El valor más importante no es mantener la independencia, sino la interdependencia, y el proceso de socialización se encamina precisamente a potenciar esto: adivinar lo que el otro desea o necesita, ser agradable a los demás, no resultar ofensivo, etc. Esto lleva a una **construcción interpersonal de la personalidad**, que sería lo que refleja el gráfico de la derecha.



Diferencias transculturales en la visión de sí mismo, los demás y el mundo y sus implicaciones en la comprensión del impacto de las situaciones traumáticas

¿De qué modo puede esto influir en la respuesta de la persona ante un hecho traumático?. El modelo de quiebre de referentes básicos como consecuencia del hecho traumático que se hilvanó al principio de este texto a partir de testimonios de supervivientes europeos, ¿por qué no es aplicable directamente en culturas no euroamericanas?

^a Una técnica de aproximación es, por ejemplo, pedir a grupos de personas que escriban una lista de características que las definen tan rápido como puedan. En las autodescripciones se observan algunas diferencias notables.

En el medio occidental las personas se definen en términos abstractos generales, del tipo “soy un buen conversador” o “ayudo a los demás”

En culturas no occidentales las definiciones son situacionales, es decir, del tipo “cuando estoy con mis amigos soy conversador”, o “en el trabajo suelo ayudar a los demás”. En un estudio realizado en China el 80% de las características que daban los sujetos tenían que ver con su pertenencia a alguno de múltiples grupos y no entendían que se les preguntara por su manera de ser si no se explicitaba en qué contexto en concreto.

^b Adaptado de Matsumoto D. Culture and Psychology. Brooks/Cole. New York. 1996. pp 38-40

- **Cambios en las asunciones básicas sobre el mundo.** Desde un punto de vista transcultural los sesgos perceptivos positivos sobre uno mismo, los demás y el mundo, que están en la base de las teorías de la psicología social cognitiva (p.e. Janoff-Bulman y otros) no son universales. A modo de ejemplo y tomando cuatro de los sesgos clásicos de la psicología social :

Sesgos cognitivos clásicos	Estudios transculturales	Problemas en el análisis – conclusiones provisionales
1. Optimismo ilusorio. Tendencia consistente a creer que las cosas buenas le van a ocurrir a uno y las desgracias a los demás.	Datos sueltos apuntan a que esta tendencia es menor en muestras japonesas que en EUA.	No hay datos definitivos de su validez transcultural.
2. Sesgo de Atribución Causal. (<i>Self-Serving Bias</i>) Tendencia a considerar que los fracasos son debidos a las circunstancias y los éxitos a los méritos propios.	- Existen datos consistentes que indican que en Japón la tendencia es inversa: atribuir los éxitos a la buena fortuna y los fracasos a errores propios (<i>Self-Effacement Bias</i>). - Algunos estudios en África parecen sugerir que hay un patrón consistente diferente de origen educativo en la atribución de resultados al esfuerzo, la habilidad o la suerte en unas etnias y otras. - En el medio árabe parece haber una normatividad hacia la <i>exageración</i> , que es mucho más valorada socialmente que la modestia o el realismo.	No hay un patrón universalmente homogéneo de atribución del éxito o el fracaso al esfuerzo, la habilidad o la suerte. Depende del patrón educativo. Los resultados varían no sólo con la cultura, sino con el contexto experimental (tarea, personas implicadas...)
3. Sesgo de Atribución Positiva Grupal. Creencia compartida que atribuye cualidades positivas al propio grupo de pertenencia y negativas a los otros.	- Numerosas réplicas en diferentes contextos.	
4. Creencia en un Mundo Justo. Creencia consistente de que la vida a largo término da a cada uno lo que merece (p.e. los pobres o fracasados lo son por abulia)	- Los resultados indican, consistentemente, que esta tendencia es superior en muestras de EUA que de Japón y Europa. No hay datos en otros contextos.	- La Creencia en un Mundo Justo no parece ser un sesgo cognitivo universal.

Fuente : Pérez-Sales. P (2004) Psicología y psiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción. Ed. Desclee de Brower. Bilbao.

Cabe esperar, por tanto, que el impacto de los hechos traumáticos en términos de cuestionamientos básicos de uno mismo, y uno mismo respecto al mundo sean diferentes. Tomando como referente el Human Values Survey^{67a} se observan profundas diferencias

^a El Human Values Survey constituye la mayor base de datos disponible hasta la fecha para estudios transculturales. En base a un cuestionario común sobre aspectos básicos de la vida diaria, creencias, valores y sentimientos, se entrevistaron a más de 50.000 personas de alrededor de 40 países. La base de datos generada es de libre acceso público a través de Internet y a disposición de cualquier investigador que desee usar los datos o cruzarlos con propios. Las tablas adjuntas que aparecen aquí son de elaboración propia a partir de la base de datos original, usando análisis de tablas de contingencia múltiples del paquete estadístico SPSS-12.0

transculturales en elementos básicos, resumidas en el siguiente cuadro (ver tabla con datos desglosados por países en anexos).

Creencias básicas con relevancia en el impacto de situaciones traumáticas

Bloques Culturales	Confianza en los demás	Satisfacción	Control sobre la propia vida	Predictibil. /Seguridad	Bien / Mal absoluto	Mundo Justo 1 Sujeto	Mundo Justo 2 Sociedad	Frecuent. Sentido Vida	Suicidio justificable
Países Árabes Argelia, Egipto, Irán, Jordania, Marruecos	Variable	Medio	Medio		Bajo			Medio	Muy Bajo
Latinoamérica Argentina, Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, México, Perú	Baja	Alta a Muy Alta	Alto a Muy Alto		Medio			Medio a Alto	Medio a Bajo
Euroamerica Australia, EUA, Austria, Francia, Alemania, Noruega, España, G. Bretaña	Variable	Alta	Medio a Alto	Variable	Alto	Variable	Medio	Bajo a Muy Bajo	Muy Alto
Euroamerica Post-Conflicto Bosnia-Herzegov, Croacia, Serbia	Bajo a Muy Bajo	Medio a Bajo	Medio		Medio a Bajo	Bajo	Alto	Medio	Medio
Asia- Budismo China, Japón, Viet Nam	Alto	Media	Medio (Bajo en Japón)		Alto (Bajo en Viet Nam)			Bajo	Variable
Asia – Multiétnico (Hinduismo / Musulmán) India, Bangladesh, Pakistán, Indonesia	Alto	Muy Bajo	Muy Bajo		Medio			Muy Bajo	Muy Bajo (Medio en India)
Rusia / Ex URSS Azerbaijan, Rusia, Letonia, Ucrania	Bajo	Bajo	Muy Bajo	Alto	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
África Nigeria, Sudáfrica, Zimbabwe, Uganda, Tanzania	Muy Bajo	Bajo	Medio		Bajo a Muy Bajo			Alto	Muy Variable

Fuente : Elaboración propia a partir del Human Values Survey (2001).

(1) **Confianza en los demás** [Grado de Acuerdo con “Puede confiarse en la mayoría de la gente”]. (2) **Satisfacción en conjunto con su vida** [Porcentaje de personas que se consideran “Muy satisfechas” con su vida actual]. (3) **Libertad/Control sobre la propia vida** [Porcentaje de personas que consideran que tienen libertad y capacidad de control sobre lo que pasa en sus vidas]. De 1 (Ningún control en absoluto) a 10 (Completamente) (Porcentajes combinados de 8+9+10) (4) **Seguridad / Predictibilidad / Confianza en el futuro** [Porcentaje de personas que se identifican con “ Es mejor vivir día a día por la incertidumbre que siento respecto al futuro”]. (5) **Bondad / Mal absoluto**. [Porcentaje que se identifica con “No hay una clara distinción entre el bien y el mal. Lo que es bueno o malo depende de las circunstancias del momento”. (6) **Mundo justo-1**. [Porcentaje de personas que consideran que hay personas en la sociedad con graves necesidades por su propia falta de voluntad o de energía]. (6b) **Mundo Justo-2**. [Porcentaje de personas que consideran que hay personas en la sociedad con graves necesidades por la injusticia social. (7) **Trascendencia**. [¿Con qué frecuencia piensa usted sobre el sentido de la vida? (De 1 Nunca a 5 Muy frecuentemente) (% - 5 Muy frecuentemente). (8) **Suicidio**. Porcentaje de personas que se identifican con “Bajo determinadas circunstancias es justificable el suicidio”

M de Jong (2005)⁶⁸ considera, por ejemplo, que en población nepalí, con hondas convicciones budistas los sesgos positivos de “bondad”, “creencia en la propia valía o confianza” y “expectativas positivas respecto al mundo y los otros” son inexistentes.

	Visión occidental	Filosofía Budista
Sesgo de Bondad	Cabe esperar benevolencia del mundo y de los demás	Si el sufrimiento es parte del ciclo de la vida, no cabe esperar benevolencia del mundo y los demás, sino que se asume que los demás son una causa natural de sufrimiento.
Significado	La vida tiene un propósito y un significado. Las cosas tienen una lógica y una cierta predictibilidad.	El mundo no tiene un fin en sí mismo. Es un ciclo de vida sin otro fin que llegar a un estadio superior, en que haya ausencia de sufrimiento. El trauma, por tanto, <i>daría sentido a la vida como camino</i> y formaría parte de las creencias culturales y espirituales de lo que cabe esperar normalmente en la vida.
Creencia en la valía propia	Uno mismo es alguien coherente, que merece ser amado por sí mismo.	No hay una clara definición, pero habría una cierta diferenciación entre “espíritu” y “ser” en el que el espíritu sería esencialmente “la esencia de toda materia y la energía del universo” y el ser la concreción de esto, la sustanciación de esa energía. Lo relevante es el espíritu, mientras que el ser es una fuente de sufrimiento. La valía se definiría entonces por el nivel de anulación del ser para llegar al espíritu, es decir, por el no-ser. El trauma puede impactar de maneras muy variables (p.e. cuestionando la capacidad de mantener el equilibrio frente al hecho traumático)
Expectativas del otro	Cabe esperar bondad y ayuda	Los otros son un referente social y de vida sin el que no puede entenderse uno mismo (colectivismo). <i>El énfasis no es en que espero de ellos sino en que esperan ellos de mí.</i> El hecho traumático generará ante todo emociones interpersonales (esencialmente culpa en cualquiera de sus múltiples formas)
Expectativas del mundo	Felicidad	La felicidad estriba en vencer el sufrimiento como parte del ciclo de la vida. El sufrimiento no puede evitarse y tiene un significado <i>per se</i> . La búsqueda de significado (causa del sufrimiento) no es tan necesaria.

Elaboración propia a partir de M. de Jong (2005)

Cual es la importancia real de esto es difícil de valorar. Las creencias filosóficas y culturales tienen mucho de esquemas desde los que interpretar la realidad, constituyen parte

de la *identidad* de la persona, pero hay también un componente racional. Es difícil saber si lo que es un marco filosófico de referencia llega a impregnar tanto la vida del ciudadano común como para determinar respuestas radicalmente diferentes ante un hecho traumático.

Mecanismos de afrontamiento ante los hechos traumáticos: aspectos transculturales

Aunque es un campo en el que apenas existen estudios transculturales, si existe un cuerpo de datos suficiente para afirmar que mientras algunas estrategias de afrontamiento ante hechos traumáticos parecen ser universales, mientras otras varían considerablemente entre culturas:

Elementos Comunes	
<ul style="list-style-type: none"> . Apoyo familiar . . Apoyo social . . Aumento de la cohesión grupal. 	
Trabajar para no pensar en lo que ocurre Autodisciplina y responsabilidad. Apoyo en la fe religiosa.	
Culturas idiocéntricas o centradas en el individuo	Culturas Sociocéntricas, Colectivistas o centradas en el grupo
<ul style="list-style-type: none"> . Aceptar la responsabilidad individual . Buscar más información . Buscar un significado profundo a la experiencia. . Reducción psicológica del agresor. . Fortalecer la identidad y los valores personales. . Fantasías compensadoras. 	<ul style="list-style-type: none"> . Creencia en el Karma y el destino y en el sufrimiento como caminos a estadios superiores. . Aceptación pasiva de los hechos. Resistencia por la cosificación de uno mismo. . Negación y silencio. Evitación del conflicto. . Focalizar en los nuevos problemas a resolver. Perspectiva cortoplacista. .Focalización del conflicto en síntomas somáticos inespecíficos. . Remarcar la responsabilidad y la solución colectiva de problemas.

La siguiente tabla resume algunos de los principales moduladores culturales del afrontamiento de situaciones traumáticas, con los dos arquetipos extremos de respuesta. La primera columna podría encajar – con muchas salvedades - con las culturas indígenas colectivistas^{69,70} (maya, quechua o mapuche) y la segunda con un arquetipo cultural euroamericano^a:

Concepción del tiempo	<i>Circular.</i> La vida como ciclo. <i>Ligado a ritmos de la naturaleza</i>	<i>Lineal.</i> La vida como recorrido con inicio y fin. <i>Cronológico.</i> Ligado a la compartimentación humana
Pensamiento	<i>Analógico</i> (basado en imágenes, metáforas,...)	<i>Lógico-formal</i> (basado en pensamiento inductivo y categorías)
Comunicabilidad de las emociones	<i>Privacidad</i> (las expresión pública de emociones ofende y puede dañar al otro si son negativas)	<i>Publicidad</i> (compartir las emociones es un signo positivo de confianza y permite aliviar las emociones negativas)
Cosmovisión (epistemología)	<i>Integración persona-naturaleza-</i>	<i>Compartimentos estancos.</i> El

^a Los estudios sobre individualismo / colectivismo (Hofstede (1988), Triandis (1991) ,

	<i>comunidad-universo</i>	hombre como dominador de la naturaleza
Construcción causal (locus de control)	<i>Externo</i> (el destino como causa) <i>Significado colectivo</i> de los hechos traumáticos	<i>Interno</i> (las acciones humanas como causa) <i>Búsqueda individual de significado</i>
Afrontamiento	<i>Aceptación – Resistencia pasiva</i>	<i>Acción, evitación o huida como estrategias</i>
Patrones de expresión emocional	<i>Contención</i> (valoración social de la discreción)	<i>Dramatización</i> (tendencia a externalizar)
Significado social del “síntoma”	<i>Señal</i> (p.e. pesadillas como avisos de lo que va a pasar)	<i>Ruido</i>
Permisividad individual y social de “patología” (ej.: alucinaciones) o grupos diferenciados (p.e. homosexualidad)	<i>Alta.</i> (puede incluso conferir prestigio social)	<i>Baja</i> (marginación – exclusión de colectivos divergentes)
Pensamiento	<i>Repetitivo – Tendencia a la rumiación</i>	<i>Supresión - Inhibición</i>
Culpa	<i>Frecuente y grave.</i> Las emociones interpersonales como reguladores de la conducta individual. <i>Daño comunitario – vergüenza</i>	<i>Aisladas y de menor implicación personal</i> Normas morales
Pérdidas y Rituales	-Para restablecer el equilibrio comunitario -Para acompañar a los que fallecieron en su nueva etapa y encaminarles adecuadamente	-Para restablecer el equilibrio personal -Para acompañar a los dolientes y ayudarles a integrar la pérdida.
Formas de apoyo	Familia ampliada Comunidad	Familia nuclear

Fuente: Elaboración conjunta con C. Vázquez y C. Martín-Beristain

Para De Jong (2005) mientras que la psicoterapia occidental se plantearía como objetivo reconstruir el sistema de creencias y valores previo (recuperar la confianza en los demás, el sentido de bondad o de confianza en el futuro), el aconsejamiento tradicional budista animaría a aprender de la experiencia para *ir más allá de las ilusiones* y ver la auténtica realidad de las cosas. Desprenderse de estas falsas ilusiones prevendrá sufrimiento en el futuro. En realidad la psicoterapia occidental se plantea ambos objetivos: reconstruir los esquemas y valores personales, aunque hacerlo integrando la experiencia vivida como aprendizaje.

9. La perspectiva integradora: trauma e identidad

Todos estos modelos conceptuales aportan elementos muy importantes para la comprensión adecuada de las respuestas post-traumáticas y ofrecen elementos complementarios.

¿Cómo conjugarlos, integrando una perspectiva transcultural, y ofreciendo un esquema conceptual que sirva como marco para el trabajo terapéutico desde una perspectiva integradora, es decir, con un enfoque transteórico?

El concepto que permite integrar estas experiencias es probablemente el de *identidad*

La identidad como marco de reflexión en las situaciones de violencia y trauma

Existen múltiples definiciones de *identidad*. Desde una óptica personal la *identidad es la visión que uno tiene de sí mismo y de sí como actor en el mundo*. Se conforma desde la infancia a través de un proceso dialéctico del hombre con su entorno. Una persona elabora un concepto de sí en un proceso introspectivo, privado, de elaboración de una narrativa personal *en cada uno de los escenarios en que se mueve*. No es por tanto la identidad (o *self*) un atributo intrínseco, sino dialéctico, del hombre como objeto y como sujeto. Como actor. Por eso Goffman⁷¹⁻⁷², el autor más clásico en el estudio de la identidad, decía que la identidad se define forzosamente desde una identidad individual y una identidad social, entendiendo que la atribución de características personales surge del proceso de simbolización de las interacciones con los otros y con el medio. Mientras que la persona posee elementos que considera que la distinguen y le dan su carácter propio, estas propiedades sólo lo son en tanto en cuanto quienes le rodean las corroboran. Sin en esa co-construcción, no existe identidad. Por eso la identidad es un proceso constante, dinámico, de préstamos, de contrastes, de corroboraciones o de quiebres.

Teniendo en cuenta esto la psicología social define la identidad como “el sentido que cada persona tiene de su lugar en el mundo y el significado que asigna a los demás dentro del contexto más amplio de la vida humana⁷³”

La identidad, por tanto, como elemento intrínseco del yo pensante, es consustancial al ser humano. Si esta identidad es esencialmente individual (como ocurriría en culturas euroamericanas) o es una identidad vivida desde la colectividad como punto de partida (como ocurriría en la mayoría del resto de matrices culturales) es indiferente. El hecho traumático (o la multiplicidad repetida de situaciones de violencia y trauma), como hechos extraordinarios cuestionadores, serían capaces de revolver aspectos clave de esa identidad, estuviera como estuviera definida en ese marco sociocultural, en ese momento histórico y para esa persona y colectividad determinadas.

Esta idea entronca plenamente con la tradición de la psicología latinoamericana que desde hace más de treinta años ha reflexionado sobre el impacto de la violencia (especialmente política) sobre las personas y las comunidades, como necesidad impuesta por el contexto de las diferentes oleadas de represión política o militar que removieron el continente durante todo el siglo XX.

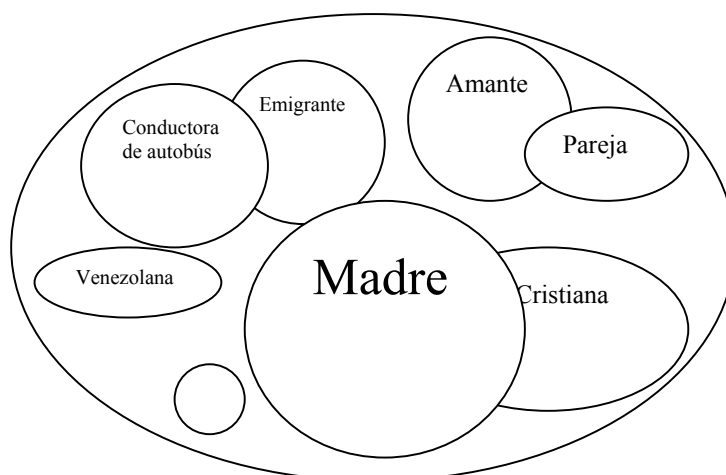
Marcelo Viñar, psicoanalista uruguayo y probablemente la figura de referencia en el análisis de los mecanismos psicológicos de la tortura en América latina, definía ésta como *el proceso de demolición sistemática de la persona*. En sus textos⁷⁴ muestra magistralmente como el fin de la tortura no es la confesión, sino la *destrucción de la identidad de la persona*, para pasar a ser suplantada por una nueva identidad (la del torturador), en la que la sumisión y la culpa sustituyen a la capacidad de resistencia y a la autoafirmación. Las diferentes técnicas de tortura pretenden instaurar el caos (sensorial, cognitivo, emocional) y la lucha de quien la sufre es por no perder su identidad. Análisis similares se han hecho de

las denominadas instituciones globalizantes (cárcel, campos de concentración...) como grandes maquinarias de anulación y sustitución de la identidad. Elizabeth Lira y muchos otros autores chilenos han mostrado la *transformación de la identidad social* del individuo como consecuencia de la amenaza y el miedo⁸². Jorge Barudy⁷⁵ ha defendido el trauma del exilio y el refugio como un *ataque a la identidad* del sujeto, trabajando desde ideas de Rogers y Erikson. E Ignacio Martín-Baró⁹⁹, cuando define el concepto de trauma psicosocial aplicado al contexto de la guerra en El Salvador no habla sino de la introyección del trauma de la guerra en la identidad del sujeto, y de la influencia de cada sujeto en el proceso de construcción de la identidad social, en una interacción dialéctica, en un proceso indistinguible.

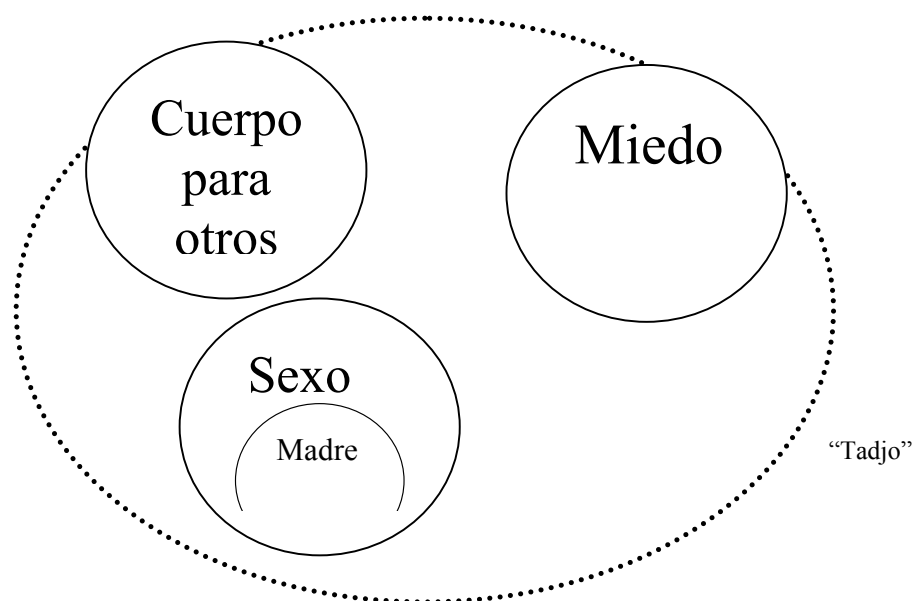
Es esta tradición la que retomamos, desde los modelos sociocognitivos contemporáneos.

Identidad(es): aproximaciones contemporáneas

Si la identidad se define como la imagen de sí en cada contexto, no hay *una* identidad como tal que sea propia y defina a la persona, sino múltiples identidades en coexistencia.



Sara no tiene una imagen única de sí. Si con algún rol se identifica en el momento actual es con el de madre, porque tiene un niño de 2 años que la absorbe casi todo el tiempo. En esa identidad domina la idea de su incapacidad para dejar que lllore por la noche y lo que le duele que prefiera estar jugando con la abuela cuando están todos. Se siente insegura e inestable y recurre mucho a más a su identidad cristiana, que tenía casi olvidada hasta el parto. No se veía tanto como pareja – aunque siempre creyó que hacían un buen equipo – sino como amante, pero desde hace unos meses se ve como pareja y observa que no le interesan en absoluto otros hombres ante los que tal vez antes hubiera estado receptiva a “conocerse mejor”. Como venezolana en España, durante mucho tiempo su identidad de inmigrante (asociada a ideas de soledad, minusvaloración y extrañeza) dominó la mirada de sí, pero esto ha ido pasando a segundo plano desde hace un tiempo, sobretodo a raíz de entrar de conductora de autobús en la Empresa Municipal de Transportes de Valencia. Ser la única mujer entre muchos hombres, los comentarios elogiosos de los usuarios, especialmente mujeres, y haberse “curtido” en las peleas con taxistas le han dado una gran seguridad en si misma y sentirse en su segunda casa en Valencia. Su identidad como venezolana va disminuyendo y de hecho ahora le parece cada vez más ridículas algunas de las cosas de las que se sentía antes tan orgullosa, como de la importancia del cuidado del cuerpo y la belleza. De hecho, los días en que no aguanta más los gritos de su hijo está deseando entrar de guardia a los mandos de su autobús para tener la tranquilidad “ella y el volante” y recuperar la seguridad y el aplomo de cuando es conductora.



Yaoundé Tadjó es la menor de siete hermanos. Vivía en el sureste de Sierra Leona, cerca de la frontera. Durante años, en su primera infancia, ella era una Tadjó. Su identidad venía definida por ser parte de una familia que vivía en la zona por generaciones, que tenía algunos animales y árboles con los que vivían. Se relacionaban poco con otras familias, nunca fueron a la escuela ni tampoco nadie se cuestionó que eso fuera necesario cuando tenían de todo para subsistir. Cuando un Tadjó se casaba, si era hombre construía su casa a algunos metros de la casa principal y pasaba a cultivar otra parcela. Si era una mujer iba a vivir donde el hombre.

Con 8 años Yaundé vio como asesinaban a toda su familia y ella y dos hermanas eran secuestradas por fuerzas insurgentes paramilitares. Ese mismo día fue violada innumerables veces por quienes habían matado a su familia. Las tres pasaron a incorporarse al grupo de esclavas sexuales de los soldados. Durante los siguientes doce años vivió con ellos, vio morir a muchos niños bien como combatientes, bien por no ser suficientemente buenos en las tareas de cocina o limpieza o como esclavos sexuales. Vio degollar sucesivamente a sus hermanas según le dijeron, porque “estaban demasiado flacas”. Durante años la posibilidad de vivir estuvo supeditada a que los hombres que la visitaban cada noche encontraran placer en su cuerpo. De los 9 a los 21 años Yaundé era un cuerpo-objeto, sin voz ni opinión, ni mirada, cuya única posibilidad de conseguir algo de protección o de pseudo-afecto era a través del modo en que supiera usar su cuerpo. Este fue el objeto transaccional de supervivencia. Su identidad se construyó como cuerpo-para-el-sexo.

Tras su liberación fue integrada a un programa de reinserción, con atención psiquiátrica individual y de grupo y un programa personal de formación profesional como recepcionista de hotel. A los seis meses descubrieron los educadores que muchas noches se escapaba para ejercer la prostitución en un hotel cercano donde paraban comerciantes. Una y otra vez las terapias fracasaron. Se negaba a comer y desarrolló conductas bulímicas incontrolables. Quedó embarazada y tuvo un hijo. Finalmente Yaoundé abandonó el programa voluntariamente, y emigró a Costa de Marfil donde empezó a ejercer la prostitución a tiempo completo. Dejó a su hijo en casa de unos parientes lejanos mandándoles dinero de modo regular.

La identidad Tadjó se había difuminado y perdido. Ya era sólo un pasado remoto. Durante años ha sido un cuerpo-para-el-sexo. La categoría “mujer” como tal, no existe, y la maternidad es un subapartado de las relaciones sexuales. El afecto está vinculado a complacer al otro, y su cuerpo, única cosa en que basa su aprecio, es un cuerpo para otros. El miedo, antes omnipresente y dominando todo, ahora, gracias a la terapia, está disociado, pero se activa cada vez que ve a alguien con uniforme o a un cliente con aspecto amenazador. Lo único positivo que puede decir de sí es “siempre parece que sobrevivo”. Su vida gira alrededor de la identidad que le ha sido impuesta durante su infancia y no puede dejar de valorarse y proyectarse a través de ella, ante la incomprensión de quienes intentan ayudarla.

- Las identidades o núcleos identificatorios de la persona se construyen y reconstruyen constantemente a través de un proceso dialéctico individuo-experiencia, lo que significa individuo-otros e individuo-contexto social. Este proceso es mucho más intenso en los primeros años cinco o seis años de vida donde las interacciones con las personas significativas (vínculos de apego) determinan en buena medida la matriz sobre la que se va a construir la identidad futura.

Una situación traumática repetida en la primera infancia puede provocar una identidad desestructurada y caótica. Pero si ha habido tiempo suficiente para introyectar una imagen de sí sólida y consistente en los primeros años, pueden haber algunos recursos básicos para enfrentar una situación traumática repetida en la segunda infancia o en la adolescencia.

- La construcción de la identidad es un proceso activo por el que la persona selecciona la percepción, le otorga un significado y construye activamente representaciones de sí mismo, de los demás y del mundo que le rodea. Es un proceso de otorgar sentido a la vida y al medio elaborando mini teorías o modelos que sirvan para estructurar la realidad y planificar la acción⁷⁶.
- Estas teorías no son una definición formal y omnicomprensiva, sino un collage de elementos de ocasión, conjuntos heterogéneos de elementos necesarios pero no suficientes.

Así, cuando en estudios experimentales se intenta que las personas den definiciones de cuales serían las características que les definen o qué elementos conformarían su identidad se obtiene, como respuesta, algunos atributos más o menos inconexos (extrovertido, maniático, metódico...) o elementos de su mundo personal o relacional (buen trabajador, comprometido...) que son destacados sobre el resto, sin que eso sea en realidad *una definición de sí*. Enfrentado a una larga lista de atributos una persona puede definirse respecto a ellos, pero no tiene capacidad para tener *una visión en conjunto* de sí.

Las identidades, por tanto, son representaciones parciales y circunstanciales de sí mismo y de sí mismo en el mundo, expresadas con frecuencia, de manera probabilística (“suelo ser...”), dependientes de la memoria (explícita o evocable o emocional-inconsciente) y construidas y reconstruidas de manera constante en la interacción con los demás. La persona, a base de repetirse lo que ocurrió y lo que hizo, y de contarle a los demás y adaptar las versiones a la respuesta social recibida (en que se pide más énfasis y se aceptan más unas cosas o se ignoran o se rechazan otras) va elaborando *narrativas de sí*, que es finalmente lo que encontramos en terapia.

- Las identidades son relativamente estables. Hay una tendencia a la defensa de la coherencia de la identidad propia. Las pequeñas situaciones cotidianas son integradas de un modo u otro al sistema identitario. Sólo algunas experiencias (entre las que están las experiencias traumáticas) pueden provocar cambios radicales.
- Existen una serie de sesgos clásicos definidos desde hace más de veinte años por la psicología social cuyo fin último es la autoafirmación y la defensa de la identidad personal, es decir, en otras palabras, *mantener esa sensación de coherencia en la persona*. Estos son :

- Sesgos de Percepción o de auto confirmación. (Las personas tienden a buscar y recordar información consistente con sus esquemas de sí).
- Sesgos de Atribución o “error fundamental” (se atiende a atribuir las conductas de los demás a características internas de ellos, y las conductas propias a las circunstancias)
- Sesgo de Positividad (se tiende a considerar que los éxitos o las conductas “buenas” que se tienen o se realizan se deben a uno mismo y que los errores o conductas “malas” se producen en cambio debido a las circunstancias o a los demás. En una línea parecida se tiende a sobrevalorar el aporte que hace uno al trabajo de un colectivo).
- Ilusión de Control (hasta en situaciones que dependen completamente del azar las personas tienden a considerar que tienen algún tipo de control sobre la situación o que pueden prever y prevenir las consecuencias negativas).
- Sesgo de Falso Consenso o Primus Inter-Pares (el convencimiento de que la mayoría de la gente piensa, siente o actúa como uno, es decir, que lo que uno piensa, siente o hace es lo más lógico y razonable).

Estas creencias no son universales, sino que son tendencias estadísticas normativas^a, que varían mucho con las circunstancias^b y que dependen del marco cultural de referencia^c. No está claro que sean estables y desde luego no permiten predecir conductas.

Estos sesgos ayudan a pensar, con mayor o menor importancia, y teniendo en cuenta todos los condicionantes citados, que:

- Vivimos en un mundo seguro y estable
- En el que uno es una persona coherente y correcta
- Miembro (indisociable o no) de una colectividad
- Que espera (o no) comprensión, afecto y bondad de los demás
- Para lograr (o no) una vida con un determinado propósito y sentido

El proceso de creación de identidad en relación al trauma

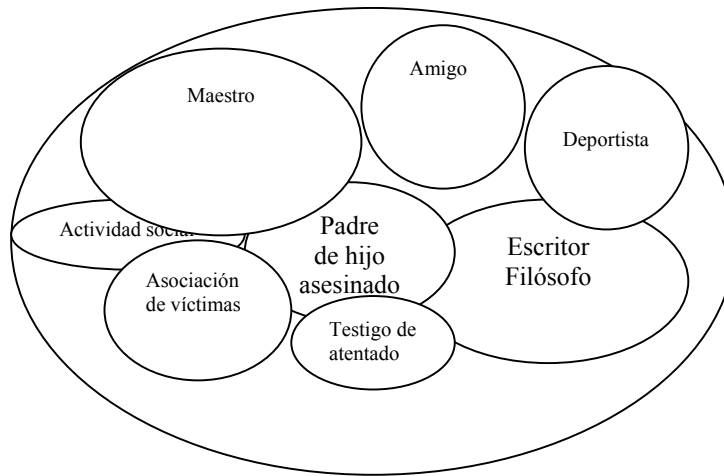
El hecho traumático no sólo actúa como elemento cuestionador de la visión de sí mismo y del mundo, sino que puede inscribirse como hecho definitorio, como *dador de significado*. Es decir, la persona en su autodefinición puede, ocasionalmente, incluir el hecho traumático: “superviviente del atentado del 11-M”, “víctima de ETA”, “damnificado de la intoxicación por aceite de colza”.

^a Por ejemplo, la ilusión de control se da en todos los sectores sociales, pero es más frecuente entre personas de alto nivel socioeconómico y entre los 20 y los 40 años.

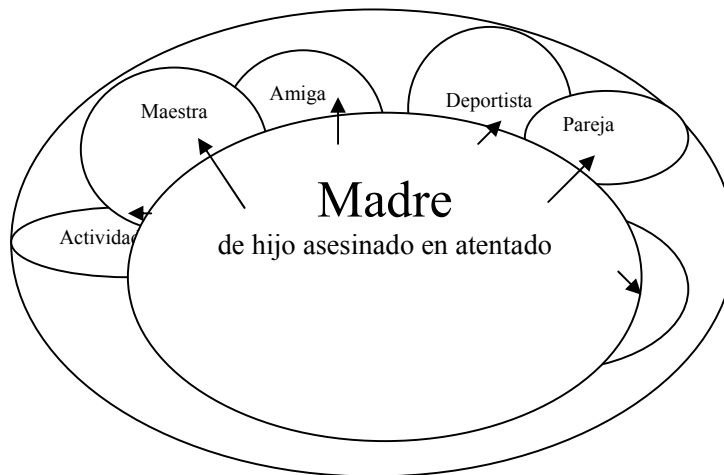
^b Por ejemplo, en los estudios experimentales se muestra como el sesgo de positividad disminuye si el experimentador hace insinuaciones *empáticas* (“usted podría haber estado en su lugar”, “ella es una persona sencilla, como usted o como yo”, “intente usted ponerse en su situación”...). O en el Sesgo de Atribución, cuanto más parecida es la otra persona en términos de edad, clase social, aspecto etc, menor es el sesgo y más tendencia a atribuir el hecho negativo evaluado a las circunstancias y no a la persona.

^c Reproducen un esquema individualista euroamericano. Existen diferencias culturales importantes (véase el capítulo anterior sobre Aspectos Transculturales relevantes en el análisis de situaciones traumáticas)

El proceso de integración de la experiencia traumática conlleva un reajuste global de la manera cómo se conceptualiza a sí misma la persona, intentando recolocar lo vivido.



Pero en ocasiones la fuerza de este nuevo aspecto de la vida es tal que anula e invalida a todas las demás, que nuclea la identidad de la persona en el futuro. En el trabajo las conversaciones con los compañeros, en cuanto llega la persona, acaban girando sobre lo ocurrido o sobre temas derivados de lo ocurrido, los amigos que van quedando están de algún modo vinculados al tema del hecho traumático, en la relación de pareja está siempre el ausente, las actividades sociales son las convocadas en relación a los hechos....



Es complejo señalar los límites en que esto pueda empezar a constituir un problema. Una vez más las cosas no son intrínsecamente buenas o malas, sino útiles y adaptativas o no.

- **Identidad adaptativa o marginalizante.** ¿Qué diferencias, hay, por ejemplo, entre
 - La identidad de un ciclista aceptablemente famoso que gira alrededor de la bicicleta: amigos, relaciones, lecturas, actividades, familia... una vida en la que

todo alrededor vive para el ciclismo y en el que ese es el campo existencial que domina de la persona, y

- Una chica que lleva años viviendo para ser bailarina de danza, renunciando a cualquier otra cosa (por ejemplo tener pareja), para verse abocada con los años a aceptar que nunca llegará a ser una bailarina profesional y debe conformarse, a medida que pierde forma, con abrir una escuela de danza en su barrio.
- Las identidades dotan de **sentido, de propósito, permiten crear redes**.
 - Aceptando esto, ¿por qué un sentido, un propósito y una red centrada en la condición de superviviente es peor que una centrada en la de seguidor de música hip-hop?
- La identidad surgida del trauma no tiene por qué, necesariamente, ser una identidad negativa (o *sólo* negativa).

Paul Steinberg⁷⁷, otro superviviente de Auschwitz que describe de manera inmejorable las dificultades para conciliar identidades (la de antes de Auschwitz, la del campo y la posterior como padre de familia de clase media). Y habla al final de su libro *Crónica del Mundo Oscuro* de las secuelas (indiferencia al sufrimiento de otros, egocentrismo, irritabilidad....) pero también de los aspectos positivos de la identidad del trauma:

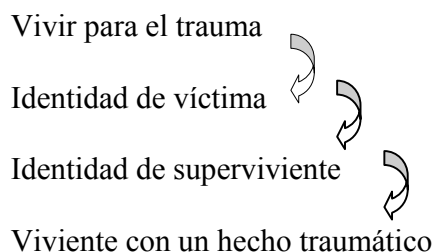
“La vertiente rosa de esta corona de espinas es que me he convertido en invulnerable: las pequeñas desgracias de la vida cotidiana me resbalan como la lluvia en el parabrisas. Acepto los problemas y las contrariedades sin perder el sueño. Dispongo de un sistema de referencias que me permite minimizarlos y clasificarlos en la categoría de incidentes menores. Al mismo tiempo, le saco partido a las cosas de la vida. No ha habido demasiados días durante estos cincuenta años en que no haya sentido, aunque fuera sólo durante un instante, una felicidad, incluso una alegría intensa. De este modo, he recibido más regalos de los que puede transportar un ejército de Papás Noel. (...). No tendría sentido quererle llamar otra cosa que felicidad”.

Transformación permanente de la imagen de sí. La identidad de víctima (o de superviviente) se constituiría a partir del momento en que alguien se define a sí mismo desde la experiencia vivida o esa experiencia pasa a ser uno de los componentes esenciales de definición de sí mismo y en consecuencia de presentación de sí mismo ante los demás.

Elie Wiesel, premio Nobel que dedicó su vida a hacer de testigo y escritor del Holocausto solía decir: *“Después de haber estado en uno de los traslados en tren, donde fuera el paisaje era verde y dentro estaba el horror, nada es igual. Un tren ya no sonará igual. Lo vivido transforma toda la realidad”.*

Una identidad cada vez más centrada en el trauma es un problema cuando (a) se asocia a imágenes de vulnerabilidad e indefensión (b) establece sistemas de relación basadas en la dependencia, la demanda de ayuda, la compasión o la queja (c) impide desarrollar otros aspectos de la persona.

En este caso será necesario el lento trabajo terapéutico que permita ir cerrando el campo y pasar progresivamente de:



Más adelante, al hablar del enfoque de grupo se reflexionará sobre el elemento subsecuente que se deriva y que constituye uno de los más complejos dilemas del trabajo psicosocial en situaciones de violencia: la necesidad de fomentar el apoyo mutuo como elemento de fortalecimiento y resistencia pero, a la vez, el riesgo de que los procesos de apoyo mutuo bajo determinadas circunstancias que analizaremos pudieran contribuir a la creación de una *identidad de víctima*.

Dialéctica de la identidad y su relación con la representación social de las consecuencias de la violencia y el trauma

La identidad se conforma, en buena medida, como reflejo de la **Representación Social**. Es decir, la mayoría de personas que conforman un grupo social poseen una representación social global estereotipada de una determinada categoría (en este caso la de condición de “víctima”) a la que asignan una serie de atributos. En la definición clásica de Moscovici, una representación social es una teoría “naïf” implícita de la realidad compartida por una colectividad o grupo que incluye el cómo y el por qué y permite prejuizar la acción esperable^a

Sabemos, por los estudios con duelos crónicos, que existe una marcada tendencia por parte de las personas afectadas a *responder a estos atributos socialmente designados* con verbalizaciones o conductas congruentes con dicho estereotipo. Por tanto, es muy importante poder saber cual es la representación social de las víctimas para acercarse al modo probable en que éstas perciben que debe ser normativo sentir, pensar o actuar. Por ejemplo, un esquema posible (cada caso es diferente) podría ser:

	Representación social del Afectado	Rol Social del otro	Actitudes que serían consideradas “disonantes”	
			Primeras semanas	Posteriormente, presión contra
Emociones y Pensamientos	Tristeza Abatimiento	Tristeza empática Compasión	Normalidad Actividad adecuada	Tristeza Abatimiento
Conductas	Aislamiento / “Fidelidad” al fallecido o a la circunstancia	Animar a salir – a no	Mirar adelante	Aislamiento

^a S. Moscovici (1984). *Psicología Social*.

	Dependencia / Deseo de Afecto	aislarse	Demostrar afecto	
	Irritabilidad	Proveer afecto		
		Tranquilizar	Tranquilidad	

Casi todas las sociedades tienen estereotipos sobre cómo es esperable que se conduzca un viudo o viuda o cual es el rol y las emociones esperables en una víctima “adecuada”.

Estos son ejemplos de formas leves de creación de identidad en función de las representaciones y estereotipos sociales de la violencia o el trauma. La forma extrema de esta situación es la creación de las *identidades del conflicto*.

Estas surgen en sociedades o colectivos sometidos a fuertes presiones sociales como consecuencia de la situación de violencia, generando procesos de **polarización social**. Se habla de polarización como de aquel fenómeno por el que un grupo humano desarrolla posiciones progresivamente antagónicas respecto a un eje identitario, perdiéndose progresivamente la opción a la pluralidad de posiciones para llegar a esquemas rigidificados basados en la construcción social de arquetipos en el imaginario social del grupo. La polarización constituye la forma extrema de expresión del fenómeno de cohesión de grupo ante la presencia de alguien percibido o construido como un agresor externo. Requiere, como señalaba Martín-Baró, de otros elementos adicionales, como la institucionalización de la mentira.

El elemento nucleador del grupo (por ejemplo, situación de exclusión y pobreza) acaba por desplazar y anular a otros ejes identitarios (por ejemplo, etnia, religión, posicionamiento político...) y la realidad acaba siendo percibida bajo este prisma.

“Hay una transformación del imaginario social, y así de 1989 a 1992 ciudadanos que se autodefinían como “yugoslavos”, “carpinteros” o “mujeres”, pasan a considerarse “bosnios asediados”, “croatas marginalizados”, “serbios invadidos”, etc. y a definir sus enemigos naturales, que resultan ser históricos, en base a la reactualización selectiva de historias. Estas identidades redefinidas se expresan de forma rotunda: “ellos son esencialmente malos, peores que nosotros”, e impiden percibir otras necesidades básicas: “no quiero la guerra, ni perder lo que tengo” (García del Soto, A).

Las víctimas y supervivientes, además, no están sometidos sólo al empuje identitario de la representación social del enemigo creada, sobretodo, aunque no exclusivamente, desde la clase política y los medios de comunicación, sino que pueden estar en medio de una batalla por el *uso político del dolor* que les exige jugar adecuadamente su rol de víctimas.

El uso político del dolor y el trauma pasa por el uso de al menos cuatro elementos:

(a) pensamiento emocional: la apelación al dolor y al sufrimiento recibido por las víctimas y su constitución como representantes del todo social, como argumento político para justificar las acciones propias

(b) sesgo de percepción: el dolor propio como agresión política, el ajeno como mal necesario o como castigo justo, pero en todo caso como algo lejano y aplicado sobre no-personas, sobre cifras sin rostro

(c) reconstrucción sesgada de una memoria del dolor. Nuevas heridas que hay que vengar, que dan razón y justificación del origen inevitable del conflicto actual.

(d) uso de símbolos como memorias permanentes: la utilización por ambos bandos de iconos del dolor

La realidad es que el dolor no tiene ideología y si algo debería lograr es unir a las víctimas es su condición de tales.

En ocasiones es muy difícil escapar a ese rol social *designado* que impone la obligación de mientras exista el conflicto, seguir siendo víctima. Y que convierte a esas mismas personas en incómodas cuando es la hora de los acuerdos o de enfocar políticamente el post-conflicto. Abandonadas las víctimas como *iconos sociales*, pasan a ser testigos de lo que es necesario *olvidar en bien de todos*.

Reflexiones finales

Diversos caminos embrionarios convergen en la literatura contemporánea en el estudio de la relación entre identidad y trauma. Por un lado los que rastrean la formación de la identidad en las relaciones de apego en la infancia⁷⁸, ya aludidos anteriormente y la relación entre memoria autobiográfica, trauma e identidad⁷⁹.

Horowitz a mediados de los ochenta, cuando formulaba y validaba la Impact of Events Scale y proponía con ello los criterios iniciales en los que se iba a basar el DSM-III al definir el estrés postraumático, postulaba que lo nuclear al hecho traumático es “la imposibilidad de lograr compatibilizarlo con la identidad personal”, quedando como “realidad enquistada”. El *flashback*, así, era un intento reverberante de la mente de integración de lo traumático. Aunque sus criterios clínicos prevalecieron, su intento de ligar trauma e identidad no encontró excesivo eco. El tiempo, además, parece querer desmentirle y excepto la línea de quienes contemporáneamente ponen a la disociación en el centro del debate del trauma (lo que sería una variante de las tesis de Horowitz), las evidencias indican que lo que ocurriría es lo opuesto: el hecho traumático no sólo *si* se integra a la identidad de la persona, sino que en ocasiones pasa ser un elemento nuclear de la misma⁸⁰.

Bernstein y Rubin han ido más allá construyendo una escala que mide la centralidad del hecho traumático en la identidad de la persona⁸¹ intentando conjugar las teorías neurobiológicas y sociocognitivas del trauma. Es un paso inicial.

1. Siento que este hecho se ha convertido en parte de mi identidad
2. Este hecho se ha convertido en un punto de referencia de la manera como yo me entiendo a mí mismo y al mundo.
3. Siento que este hecho se ha vuelto una parte central de mi historia de vida.
4. Este hecho ha influido el modo en que pienso y me siento respecto a otras experiencias de mi vida.

^a En estudios preliminares con estudiantes encuentran importantes correlaciones con medidas de TEPT, indicando que cuanto más central es el hecho traumático en la vida de la persona, más riesgo tiene de presentar TEPT asociado al mismo, aunque (a) la relación no es lineal (b) no es una población superviviente de hechos traumáticos sino estudiantes de psicología, por lo que la aplicabilidad, en términos de comprensión del significado último de las preguntas, es dudosa. En todo caso, parece que es un resultado congruente con lo que cabría esperar.

5. Este hecho cambió mi vida de modo permanente.
6. Pienso a menudo sobre los efectos que este evento tendrá sobre mi futuro.
7. Este hecho fue un punto de inflexión en mi vida.

Centrality of Event Scale. (Bernsten, Rubin, 2006). Versión abreviada (original extensa de 20 ítems).

Cada ítem se puntúa en una escala Likert de (1) Totalmente en desacuerdo a (5) Totalmente de acuerdo. Su uso es correlacional (no tiene puntos de corte o criterios de "normalidad"). Los autores ceden el libre uso.

10. Transmisión transgeneracional de hechos traumáticos.

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

- A) Para algunos autores la transmisión es a través del silencio. La vivencia de la represión (genocidio, masacre, desaparición forzada...) en los abuelos y/o padres es un tema tabú, no hablado, pero omnipresente. La gran mayoría de hijos no saben qué pasó, aunque algo pasó e integran lo sucedido como parte de su infancia. En ocasiones, en cambio, se trata de un secreto a voces, que se hace dañino por lo mismo⁸²⁻⁹¹.
- B) Otros autores consideran que otra forma de transmisión transgeneracional aparecería en casos en que el superviviente adopte una marcada "identidad colectiva" que no sólo es central a su vida, si no a la de toda su familia, 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)⁸³. En este caso el núcleo es una "narrativa colectiva" elaborada y transmitida dentro de la familia o el grupo⁸⁴. En otros lleva a cuestionamientos *de la propia identidad* de los miembros de la siguiente generación y a la necesidad de tomar posición y pronunciarse al respecto, como en el caso de la asociación H.I.J.O.S. en Argentina.

Las problemáticas derivadas de este tipo de situación son muy complejas, pero cuando el trauma y sus consecuencias es un hecho omnipresente en la vida del niño, aparece un espacio de vinculación en el que los hijos "deben" algo a los padres permanentemente. La relación nunca puede ser horizontal. Esto puede generar múltiples conflictos, especialmente alrededor de los aspectos de separación – individuación y en las dificultades para ser autónomos o separarse del núcleo familiar.

Parte de la necesidad de "no ser abandonado" de quien pasó por una experiencia traumática grave puede reflejarse en actitudes de sobreprotección, de ansiedad de separación de los padres hacia el hijo, de "seducción" a través de compras, de concesiones o de falta de poner límites adecuados a determinadas conductas.

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. Oliver⁸⁵ (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). Kaufman⁸⁶ 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.

Parte 2

Factores que influyen en la respuesta traumática.

1. ¿De qué elementos depende que aparezcan síntomas post-traumáticos?: Factores predisponentes y precipitantes.

Características del hecho traumático.

Uno de los factores más determinante de la aparición de estrés postraumático es la gravedad del agente estresor, existiendo una relación dosis - dependiente entre intensidad del estímulo y grado de afectación⁸⁷. Junto a esto estarán las características del mismo. Un hecho estresante producirá más efectos *traumáticos* cuando es⁸⁸:

- 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 las asunciones básicas a las que nos referíamos anteriormente (por ejemplo el carácter intencional de la violencia es especialmente traumatizante por su cuestionamiento directo de la creencia en la benevolencia de las personas).

Pero además, todo hecho traumático puede llevar asociado un *significado simbólico* que determine las consecuencias del mismo. Así, por ejemplo, la mayoría de estudios en cultura euroamericana coinciden en que el hecho de violencia que provoca una mayor frecuencia y severidad de secuelas postraumáticas es la violación sexual con violencia física (tanto masculina como femenina). Las consecuencias de ésta parecen depender, además, 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 su sistema de referentes, así como el significado cuestionador que el hecho tiene para el pasado, el presente y el futuro de esa persona^a.

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.

^a 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 que 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)

Características de la persona

En un segundo nivel estarían las características personales pre-trauma. Los *síntomas intrusivos* (imágenes, pensamientos o percepciones relacionados con el hecho traumático)) 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 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),

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

Compartir los hechos traumáticos

Constituye un lugar común pensar que aquellas personas que no pueden compartir los hechos traumáticos tienen mayor dificultad para superarlos. Pennebaker⁸⁹ (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 mismos⁹⁰. Forzar la narración de hechos puede ser en estos casos iatrogénico. (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 resitúen los hechos donde estaban anteriormente. (c) Existen culturas que desaconsejan la manifestación pública de emociones negativas, entendiendo 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*⁹¹. (d) Los estudios con grupos de intervención en el post-trauma inmediato con carácter preventivo (*Critical Incident Stress Debriefing*) muestran^{92,93,94,95} 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^{96a} desde su trabajo como psiquiatra en la Comisión de Verdad y Reconciliación de Sudáfrica considera, haciendo balance, que no quedaba claro el valor 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.

Buscar la lógica de los hechos

Las rumiaciones de este tipo son perpetuadoras de los síntomas porque por lo general 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...?). Esto es especialmente marcado en 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 Morrow⁹⁷, 1991)

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^{98b} 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.

Dentro de este proceso de búsqueda de lógica hay algunas estrategias que merecen mención aparte:

➤ **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

^a 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 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.

^b 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 tienden a inscribirse como mercenarios, las víctimas de incesto a emplearse como trabajadoras del sexo, las personas que sufrieron abuso en la infancia, mayor probabilidad de abusar de sus hijos o de tener parejas que abusen de ellas etc.

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.

➤ **Comparar constantemente el presente y el pasado**

El anclaje en el pasado como un modo de no pensar el presente, negando de manera inconsciente que se trata, simplemente, de etapas distintas y no comparables. La lógica explicatoria que debe explicar el presente es la del pasado. Que ahora ya no existe.

➤ **Existencia de sentimientos de indefensión: el uso tautológico del lenguaje**

Percibirse a uno mismo como *víctima*, es decir, como una persona sin poder que está en riesgo de que en cualquier otro momento pueda volver a ocurrir lo mismo^a. La designación de uno mismo como *víctima* provee una pseudo-lógica. Es una especie de razonamiento tautológico, de forma de pensamiento circular (la persona se presenta y se define como un *afectado del síndrome del aceite tóxico*; como si eso, por sí solo, respondiera a la pregunta de ¿quien soy?, ¿por qué me ocurre esto? ¿qué me pasa? ¿qué me espera?). La persona se sorprende (o se molesta) cuando el terapeuta intenta ir más allá de esa autodefinición

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 intensos⁹¹. La persona que se entiende traumatizada podría tener problemas con posterioridad para establecer relaciones afectivas y oscilar entre aislarse socialmente o apegarse a alguien de una manera impulsiva. Posteriormente se incide con más detalle en este aspecto, que resulta esencial.

^a 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.

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 está bloqueada.

La interacción con el medio y la perspectiva psicosocial. El elemento clave y con frecuencia olvidado. Factores postrauma relevantes en las respuestas de resistencia o vulnerabilidad.

Pero todas estas circunstancias que tienen que ver con factores individuales tienen un peso mucho menor que las circunstancias externas. Ignacio Martín-Baró definía el trauma como un fenómeno psicosocial. Analizando la lógica de la guerra y el trauma *psicosocial* en el Salvador decía que además de la particular herida que una experiencia difícil o excepcional deja en una persona concreta, hay que hablar de un trauma social para referirnos a cómo los procesos históricos pueden haber dejado afectada a toda una población (por ejemplo los pueblos judío y alemán, o el propio caso del pueblo salvadoreño durante la guerra). Martín-Baró utiliza el término de *trauma psicosocial* para enfatizar el carácter esencialmente dialéctico de la herida causada en las personas por las vivencias traumáticas⁹⁹.

Las últimas décadas han acumulado datos que avalan esta tesis y que muestran que las circunstancias post-trauma tienen un peso decisivo en la mitigación o cronificación de los síntomas. Así, por ejemplo, en diferentes estudios sobre prevalencia de TEPT en supervivientes de la catástrofe del Volcán Nevado del Ruiz en Armero (Colombia), que sepultó a más de veinticinco mil personas, pudo observarse como las cifras de prevalencia del trastorno no sólo no disminuían con el tiempo, sino que aumentaban progresivamente. A los 5 años de la catástrofes se encontraban cifras superiores al 70% dentro de los que aún vivían en albergues, circunstancia que no se producía entre aquellos que habían empezado a reconstruir sus vidas. La situación de dependencia y vulnerabilidad creada por un sistema de ayudas caótico y asistencialista en el que los propios afectados no tenían voz ni parecían conservar ningún control sobre sus vidas, quedando todo en manos de técnicos, y las propias condiciones de vivienda en los albergues (falta de intimidad, nada que hacer, escasez a medida que pasaban los meses e iba bajando el interés de los donantes internacionales etc) contribuyeron a que los síntomas de TEPT fueron en constante crecimiento con el paso de los años. La tabla adjunta recoge seis ejes relevantes dentro de los factores comunitarios post-trauma que contribuyen a la perpetuación o potenciación de los síntomas post-traumáticos. Lógicamente puede hacerse la lectura contraria y convertir estos mismos ejes en factores de resistencia comunitaria al trauma.

Factores post-trauma relevantes en las respuestas de resistencia o vulnerabilidad.

Dimensiones	Ejemplos
<p>1. Sensación de pertenencia a grupo de víctimas.</p> <p>a.Sentido de Comunidad vs <i>aislamiento</i>.</p> <p>b.Construcción de narrativas colectivas basadas en estereotipo de supervivientes / fortaleza vs <i>estereotipo social de víctimas / vulnerabilidad</i></p>	<p>- Creación de una identidad colectiva entre los perseguidos hutus que se refugiaron en Tanzania con reelaboración de la historia antigua a efectos cohesionadores. La creación de mitos supuestamente ancestrales proporcionaba un sentimiento de identidad que movilizaba a la acción y la resistencia en condiciones muy difíciles (Voutira, Benoist, Piquard¹⁰⁰, (2000))</p> <p>- <i>Rasgos comunes bloqueadores, en la narrativa de supervivientes del genocidio judío en la II Guerra Mundial. Dificultades para escapar al rol asignado socialmente y a las expectativas sociales de la denominación “superviviente del Holocausto”¹⁰¹</i></p>

Dimensiones	Ejemplos
<p>2. Clima social (visión que los no afectados directamente tienen de los afectados).</p> <p>a - Visibilización y reconocimiento vs <i>dinámicas de silencio y ocultación.</i></p> <p>b – Validación social del sufrimiento versus <i>rechazo social, estigmatización o humillación (política de blaming the victim o similares)</i></p>	<p>- Numerosos trabajos muestran como las creencias culturales sobre el significado social de la violación femenina son determinantes en el pronóstico posterior del superviviente (i.e. Lebowitz¹⁰² & Roth, (1994), Arzu¹⁰³ & Cortina (2002)</p> <p>- <i>Alrededor del 10% de los veteranos argentinos de las Malvinas han intentado o consumado suicidios en los años posteriores a su fin, cifras desconocidas en ninguna otra guerra contemporánea. Además de las condiciones inhumanas (sin equipamiento, frío, hambre...) durante la guerra, a su regreso sufrieron una maniobra política gubernamental con amplio despliegue de prensa y fuerte resonancia social en sectores patriotistas de descalificación y acusación mediática como “fracasados” y “cobardes” (INJP¹⁰⁴, 1995).</i></p> <p>- <i>El silencio y el aislamiento por parte de familiares y amigos secundario al miedo (“todos nos dieron la espalda”) ha sido señalado de manera consistente como el principal factor perpetuador del duelo y el trauma en familiares de personas detenidas-desaparecidas o ejecutadas por razones políticas en Argentina y Chile (Lira¹⁰⁵ & Castillo, 1991, Pérez-Sales⁹¹⁻¹⁰⁶ P. Durán T, Bacic R. (1998,2000)</i></p>
<p>3. Conservar el control sobre la propia vida.</p> <p>Circunstancias que potencian la sensación de control, de autoeficacia y autodeterminación vs <i>circunstancias que potencian imágenes de indefensión y dependencia</i></p>	<p>- Los planes de autogestión de los damnificados por el Terremoto de Ciudad de México (1985) y la autoorganización para enfrentar los daños frente a la pasividad del gobierno contrastan con la baja prevalencia de consecuencias psicológicas reportados en estudios realizados en los años posteriores (Gavalya¹⁰⁷, (1987), VVAA¹⁰⁸, 1997).</p> <p>- <i>Los supervivientes de la erupción del Volcán Nevado del Ruiz presentaron cifras inusualmente altas con incrementos consistentes en la prevalencia de TEPT en la siguiente década que han podido correlacionarse con la estructura vertical de los programas de ayuda. Durante los primeros cinco años las decisiones eran sistemáticamente tomadas por agentes externos a los afectados. (Saavedra¹⁰⁹ M. R, 1996; Anderson & Woodrow¹¹⁰, 1998).</i></p> <p>- Diversos estudios muestran cómo la percepción de control sociopolítico definido como la creencia en la capacidad de influir sobre el sistema social y político de la persona, es un poderoso factor protector frente a depresión en jóvenes negros norteamericanos (Zimmerman¹¹¹, Ramírez-Valles, Maton, 1999)</p>
<p>4. Recuperación de rutinas.</p> <p>a. Recuperación de la sensación de seguridad psicológica vs <i>Incertidumbre.</i></p> <p>b. Actitud activa de tensión-acción vs <i>Parada forzada y alejamiento completo de la situación traumática..</i></p>	<p>- La citada comparación de la situación de los damnificados en Ciudad de México (1985) y Armero (1985).</p> <p>- El 80% de bajas por causa psicológica israelíes en la invasión que realizaron del Líbano tratadas según los principios de proximidad, inmediatez y expectativa de retorno a primera línea no sufrieron TEPT, versus 29% de los soldados tratados con otras modalidades (Solomon¹¹² & Benbenishty, 1986).</p>
<p>5. Condiciones de vida</p> <p>a. Apoyo social vs <i>Aislamiento y Marginalización</i></p> <p>b. Condiciones de vida con respeto a la dignidad personal vs <i>Condiciones denigratorias</i></p>	<p>- En estudios longitudinales de tipo multivariante con solicitantes de asilo político en Australia, las dificultades para legalizar su situación, los interrogatorios, el maltrato, el aislamiento o el desempleo posterior son mejores predictores de síntomas postraumáticos que las mismas experiencias de detención o tortura previas a la solicitud de asilo (Silove¹¹³⁻¹¹⁴ et al, 1997,2000).</p> <p>- En estudios longitudinales con refugiados políticos iraquíes en Suecia, el soporte social percibido es mejor predictor de síntomas psiquiátricos a corto término que los hechos traumáticos pre-exilio (Gorst-Unsworth¹¹⁵ & Goldenberg (1998)</p>

Dimensiones	Ejemplos
<p>6. Perspectivas de futuro</p>	<p>- La falta de perspectivas políticas y la visión pesimista respecto al futuro personal ha sido hallado repetidamente en diferentes estudios como uno de los principales factores implicados en la presencia de trastornos de conducta y síntomas post-traumáticos en adolescentes palestinos (i.e. Qouta¹¹⁶, Punamäki & El Sarraj (1995)).</p>

3. ¿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 (McNally¹¹⁷, 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) Las cosas aún podrían ser peores, (4) Aceptan que las molestias que tiene son *normales* y que pasarán con el tiempo (Taylor G.J.¹¹⁸, 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**¹¹⁹ (*Hardiness*) estudiando aquellas personas que ante hechos vitales negativos parecían tener unas características de personalidad que les protegían, que “no se enfermaban” en situación de estrés y para las que las situaciones estresantes eran vividas como oportunidades de enriquecimiento. Las bases conceptuales de este enfoque estarían en la psicología existencial de Víctor Frankl¹²⁰ y las investigaciones alrededor de la teoría del *Locus de control* de Rotter¹²¹ (1966) y Mischel¹²² (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) Compromiso - *Commitment* – 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. 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 éxitos¹¹⁹.

- c) Reto - *Challenge* -. 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

Sense of Coherence Scale

1. Cuando habla con los demás, ¿tiene la sensación de que no le entienden?
2. ¿Tiene la sensación de que no se preocupa lo suficiente por lo que pasa a su alrededor?
3. ¿Se ha sorprendido alguna vez ante el comportamiento de personas a las que pensaba que conocía bien?
4. ¿Le han decepcionado alguna vez personas con las que contaba?
5. Para usted, en la vida hay muchas cosas que merecen la pena.
6. Casi todas las cosas que haga en adelante, probablemente serán interesantes y atractivas.
7. Considera que siempre se puede encontrar una solución ante situaciones dolorosas.
8. Cuando piensa en su vida, a menudo se alegra de estar vivo.
9. Hacer sus tareas diarias es gratificante y satisfactorio.
10. Cuando hace algo que le hace sentir bien: seguramente continuará sintiéndose bien.
11. ¿Cree que siempre habrá personas con las que pueda contar?
12. Algunas personas a veces se sienten tristes o perdedores en determinadas situaciones. ¿Con qué frecuencia ha tenido usted esa sensación?
13. Cuando piensa en las dificultades que tiene en aspectos importantes de su vida: cree que conseguirá superarlas con éxito.

Antonovsky¹²³ A (1979), McCubbin, Thompson, Fromer¹²⁴ (1998)

Puntuaciones de 1 (Nunca) a 7 (Siempre). Traducción libre al castellano. Versión no validada.

Comparado con el concepto de Resistencia al Estrés, con el que hay muchos solapamientos, la persona con elevado sentido de la coherencia sería 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*^a.

^a 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”.

Todo esto enlaza, en el caso de los síntomas post-traumáticos, con los trabajos que indican, por ejemplo, que la convicción política e ideológica es el principal factor positivo de resistencia en los presos y personas que sufren tortura^{125,126} y que un *Locus de Control* interno tiene un alto valor protector frente al estrés postraumático en los accidentes de tráfico¹²⁷.

¿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
- d) Uso del humor
- e) Emociones positivas contrarrestantes durante el proceso traumático¹²⁸

¿Puede aprenderse a ser resistente?.

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

- 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.

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

Tedeschi^{129a} 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...) agrupan éstos en tres categorías:

^a Estos autores han desarrollado un instrumento (*Post-Traumatic Growth Inventory*) 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*. Los ítems se incluyen, de modo ilustrativo, en la parte cuatro.

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 para afrontar dificultades futuras.

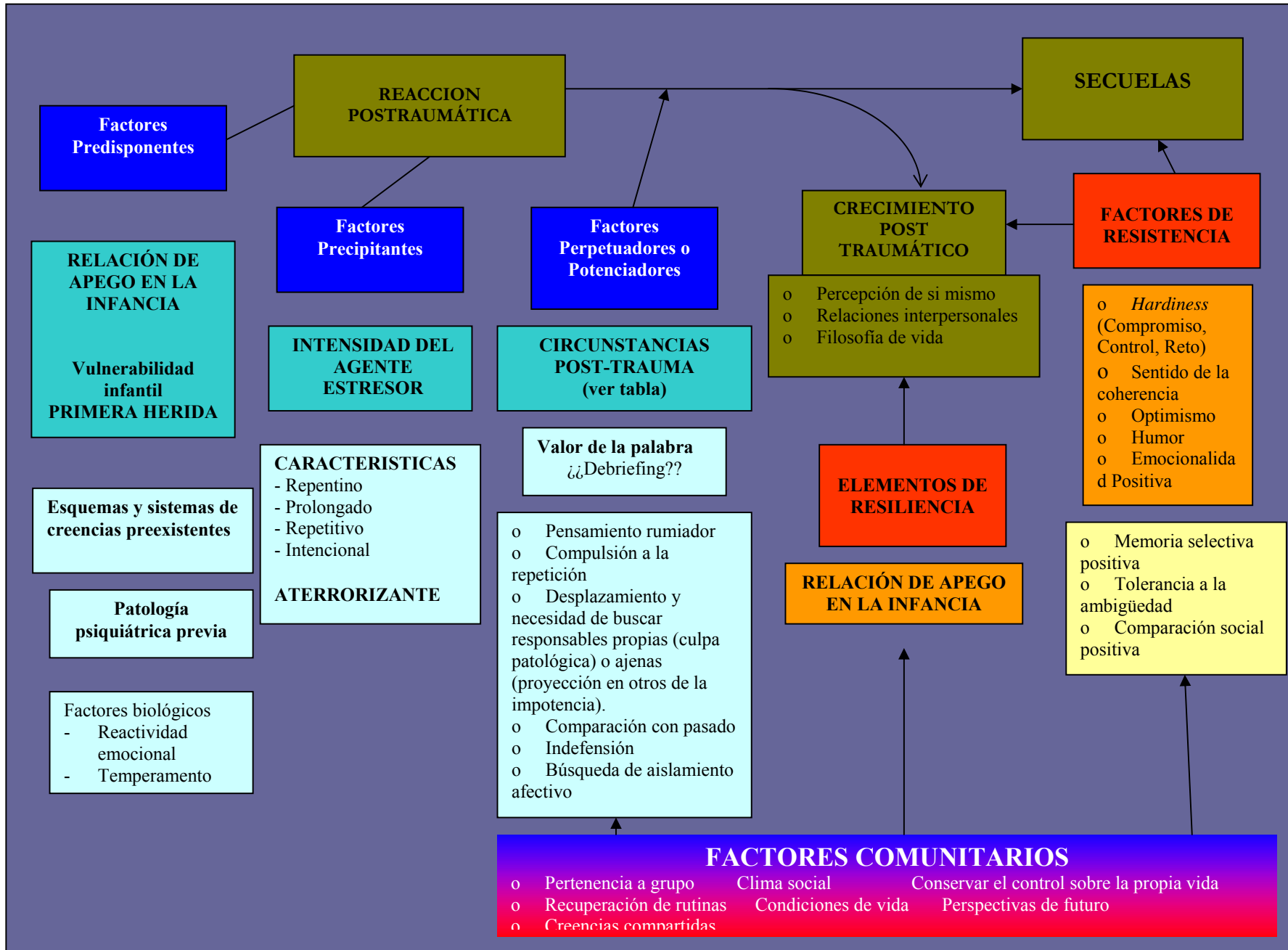
b) Cambios en la relaciones interpersonales. Se describe que la familia se ha unido más alrededor de la desgracia. La muerte de un familiar, por ejemplo, puede hacer recapacitar sobre el tiempo que se dedica a estar juntos. Por otro lado la necesidad de compartir lo ocurrido, de discutirlo y buscarle explicación puede llevar también a algunas personas a abrirse más y a compartir sentimientos, a aceptar la ayuda de los demás o a utilizar más el apoyo social.

c) Cambios en la filosofía de la vida. Se aprecia más lo que se tiene, se valora más los detalles. Un porcentaje importante de personas tras un hecho traumático cambia su escala de valores, prioriza otros aspectos tomándose la vida de un modo más sencillo y disfrutando más de las pequeñas 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 y de la sensación de control y de sentido de la vida.

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 del hecho traumático sobre sus vidas. Es decir, 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 que no sean solo los negativos.

El gráfico siguiente resume los factores que influyen en la respuesta tras un hecho traumático, desglosándolos en predisponentes, precipitantes, perpetuadores y potenciadores (en azul) y de resistencia y resiliencia (en rojo). Dentro de cada uno se ha resaltado en un color más intenso aquellos señalados por la literatura como de mayor peso dentro de cada categoría.

Los factores comunitarios pueden ser tanto factores perpetuadores del daño como de afirmación y resistencia¹³⁰, por lo que se incluyen en ambas categorías.



Parte 3

Terapéutica de los Síntomas Post-traumáticos : Elementos Generales

Consideraciones generales

o Criterio de Verdad.

En el tratamiento de las reacciones post-traumáticas, como en cualquier psicoterapia, lo relevante no es el “criterio de verdad”.

La verdad existe, puesto que sucedieron unos hechos objetivos que una cámara podría haber registrado. Negar, desde una perspectiva post-moderna, la existencia de la “verdad” significaría, por ejemplo, abrir las puertas a la subjetividad de la existencia o no de las guerras, la tortura o los campos de concentración: *todo* es subjetivo, cualquiera puede negar la evidencia y su criterio debe ser respetado. Esto no sería tolerable. La verdad existe y es deber de científicos e historiadores hallarla. El criterio de verdad tiene relevancia en el mundo jurídico^{131a}

Pero en psicoterapia no se trabaja en base al criterio de verdad, sino con aquello que la persona *trae a la terapia*. Es decir con su visión, con su *narrativa* sobre sí mismo y sobre los hechos, y con la *construcción* de una verdad que le es soportable y le permite vivir.

Un terapeuta no necesita saber la “verdad” de lo ocurrido para poder ejercer un papel de ayuda.

^a Para algunos autores (p.e Agamben (2000)) ni siquiera entonces. El fin del último del sistema judicial es “que se juzgue”, lo que ayuda entender porque quizás juzgar sin llegar a la verdad crea mayores problemas que no resuelve (i.e. celebrar los juicios de Nuremberg y condenar a unos centenares de oficiales da la sensación de “cosa juzgada” y de abrir nueva etapa, cuando en realidad la sociedad no ha podido realmente mirar a lo que ocurrió, y el juicio tampoco estaba para pensar la verdad.

o ¿Es necesario narrar los hechos?

Consecuencia de lo anterior es que es erróneo creer que el buen terapeuta debe lograr “hurgar” en los hechos.

¿Es necesario narrar los hechos?

Narrar los hechos no es un requisito necesario en el tratamiento de reacciones postraumáticas. Raramente está indicado en las entrevistas iniciales, más allá de una breve descripción para permitir el posterior trabajo conjunto. Cabe cuestionarse en la atención en urgencias de personas que han sufrido una situación traumática (p.e. abuso sexual) la indicación terapéutica de forzar una narración de los hechos, profundizando en detalles escabrosos en el supuesto entendido de que el terapeuta necesita saber la verdad o que a la persona esto le beneficiaría, porque le impide *negar o reprimir* lo ocurrido.

A no ser que haya un deseo manifiesto espontáneo del superviviente, resulta más relevante poner el foco de atención en poder explorar y evaluar las diferentes *narrativas* que trae la persona sobre esos hechos que acaban de ocurrir (humillación, fortaleza, culpa, rabia, tristeza...), detectar cuales de estas narrativas pudieran ser disfuncionales en el futuro (por ejemplo autoacusación y vergüenza severas) y trabajar conjuntamente posibilidades alternativas de entender los hechos.

o ¿Cuándo narrar lo ocurrido?

La narración de los hechos constituye una herramienta poderosa cuando es usada siguiendo unas determinadas pautas para evitar que se convierta en un recuento estereotipado de hechos sin resonancia emocional. Traer los hechos traumáticos a la consulta requiere de una preparación y una disposición especiales que optimicen los resultados.

Paul Steinberg entró en Auschwitz con 17 años y logró ser uno de los pocos supervivientes a cerca de dos años de infierno. Durante 50 años de su vida cada vez que intentaba escribir lo vivido debía interrumpirlo porque no podía soportarlo. Con 67 años se encierra durante tres meses y en un estado emocional que califica de extrema conmoción, logra escribir **Crónica del Mundo Oscuro**:

“Mi única certeza es que el hecho de escribir me va a privar de mi equilibrio, de ese frágil equilibrio tan cuidadosamente construido. (...) A menos que explote en marcha y estas páginas acaben en una caja de zapatos en el fondo de un armario, como en mi última tentativa en los años sesenta. (...) Los que me rodean, mi mujer, mis hijas, mi nieto, vivirán al son de mis humores mórbidos. Y sin embargo tengo la impresión de que esta vez llegaré hasta el final. (...) Los plomos no saltarán, creo” (pg 12-13).

Al final del libro, escribe *“He vivido y vivo en la indignidad (...) Nunca he logrado lavar mi imagen. Soy, y sigo siendo, el testigo pasivo de la muerte de Philippe, el que abofeteó al viejo judío, el enchufado de las letrinas (...). He pagado la cuenta. (...). Sin duda, ha llegado la hora de dar una respuesta a mis dudas. La respuesta es: sí, la escritura me ha hecho bien. He atravesado la vida lastrado con plomo, esforzándome en arrastrar este peso excesivo: ¿Por qué yo? ¿Cómo justificar esta sucesión increíble de azares favorables que han hecho de mí este ser incombustible e insumergible?. (...) ¿Quizás he sobrevivido para dar un último testimonio al mundo entero? Incluso un parto tardío sigue siendo un alivio”.* (Extractos pg. 181 a 186).

¿Cuándo narrar lo ocurrido?

Es preferible *bloquear las narraciones estereotipadas de los hechos* hasta que en el contexto de la terapia se den las condiciones para que la persona pueda hacer una reconstrucción que permita trabajar una reelaboración de los mismos y la construcción de narrativas alternativas, allí donde éstas pudieran ser disfuncionales.

Estas condiciones son:

- La persona entiende que le puede ser útil recordar los hechos de manera estructurada
- Desea hacerlo. Desea, en alguna medida, comunicar al terapeuta lo que ocurrió. Se ha construido un vínculo de apoyo que permite acompañar en el proceso de reconceptualización.
- Se dan las condiciones para hacerlo (tiempo suficiente para no abrir temas dolorosos que pudieran quedar a la mitad; condiciones de intimidad para que la narración pueda hacerse con confianza).

Si estas condiciones no se dan, es preferible pedir al paciente que se abstenga de narrar los hechos en profundidad y dejarle con el *deseo* de hacerlo. El hecho de contar, frenado por el terapeuta, mejorará el trabajo en las siguientes sesiones y sobretodo dotará de mayor trascendencia y tensión terapéutica al momento de la narración. Las versiones estereotipadas, repetidas una y otra vez a amigos o familiares de manera mecánica y contadas sin resonancia afectiva no son útiles como herramienta de trabajo. En consecuencia hay un trabajo de *maduración* del momento del recuento de hechos a través de crear un vínculo sólido, proveer las condiciones y estimular el deseo y la necesidad de contar.

El arte no consiste en lograr arrancar el máximo número de detalles de lo ocurrido, sino en saber elegir el momento adecuado que permita conectar con las emociones para resignificar los hechos.

o ¿Quién tiene el poder?

En la psicoterapia con supervivientes de hechos traumáticos el tema de las relaciones de poder en la entrevista se convierte en un elemento especialmente relevante. La entrevista puede tener que 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. Esto se manifiesta en algunas prevenciones básicas.

El cuidado de las formas en el trabajo con supervivientes de hechos traumáticos

Pedir permiso para entrevistarle. *¿Quiere usted que hablemos?, ¿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. *Cuénteme todo lo que usted crea que yo debería saber para que ambos 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.*

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

Ofrecer opciones. *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.*

- Atender a los aspectos prácticos.

Con mucha frecuencia las personas que acuden a consulta no lo hacen con la intención directa de trabajar su experiencia emocional traumática. En un centro de atención a inmigrantes, un centro de atención a la mujer o un dispositivo de atención a víctimas del terrorismo o la violencia política es mucho más frecuente que lo que traiga a la persona sean aspectos prácticos para los que busca ayuda (empleo, vivienda, gestión de ayudas económicas...), mas que una terapia en sí.

Es necesario ser cauteloso con el hecho de que las personas se encuentren en una terapia que no han pedido.

No es raro, por ello, que un centro de “atención psicológica” a un determinado tipo de supervivientes tenga escaso eco entre los afectados a no ser que sean remitidos a él por una autoridad superior. Las expectativas mejoran cuando pasa a ser un “centro médico” y más aún cuando, con cualquier otro nombre, simplemente se crea un espacio que provea servicios, en ocasiones muy elementales, como un espacio para sentarse, un café o noticias de interés. Después de situaciones que han provocado un dolor y un sufrimiento desbordantes, la simple presencia de “terapeutas” puede ser considerada amenazante y evocar una cierta obligación de recordar y remover.

Terapia, no es necesario recordarlo, no es sólo un espacio en que un terapeuta y un paciente hablan de manera individual o en grupo (especialmente cuando además ni siquiera comparten la misma lengua materna). Crear un espacio de facilitación de recursos o espacios distendidos de aprendizaje, de arte o de ocio en el que además pueda haber espacios de palabra para quienes lo deseen es un modo de restablecer vínculos, de *desaprender* el miedo.

Lo es, así mismo, que el terapeuta dedique buena parte del tiempo de las entrevistas a hacer de facilitador o canalizador de aspectos prácticos.

Elementos generales de entrevista.

Esta guía introduce algunos elementos específicos de la psicoterapia de supervivientes de situaciones traumáticas. Presupone que el terapeuta dispone de práctica en habilidades básicas de escucha, habilidades de acompasamiento y guía y habilidades generativas^a. Como anexo puede encontrarse una Guía de elementos generales de una entrevista terapéutica de apoyo en crisis para la formación de personal no habituado a realizar entrevistas clínicas (voluntarios tras una catástrofe, maestros y educadores, personal de protección civil, personal paramédico o promotores de salud etc ...). Hay tres elementos de sobra conocidos por la mayoría de terapeuta pero que merecen una breve consideración especial:

^a Estos aspectos pueden adquirirse en textos generales de psicoterapia. Especialmente en sintonía con este texto, puede consultarse Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. (2001) *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Ed Desclee de Brower. Bilbao y como programa de autoformación Fernández Liria A, Rodríguez Vega B (2002) *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Desclee de Brower. Bilbao, estructurado en dos volúmenes : un libro del alumno con ejercicios sobre cada uno de las habilidades básicas en psicoterapia y un libro del profesor con la teoría y las respuestas a los ejercicios propuestos.

o Actitud corporal.

El cuerpo subraya a las palabras. En consecuencia resulta relevante tener una actitud corporal que facilite la comunicación. El terapeuta debe mostrar, por lo general, un “cuerpo abierto”:

- Orientado hacia la persona, procurando que por lo general lo primero que se vea no 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 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.

Estos elementos se van regulando durante la entrevista. En ocasiones el terapeuta se aleja y muestra una mayor distancia o evita mirar directamente y mira hacia otro punto, lo que permite a la persona replegarse, no sentirse tan observada y poder hablar con un mayor espacio psicológico de intimidad cuando está contando temas embarazosos. En otras se enfatiza, con el cuerpo o la cara, una tensión narrativa y la necesidad de continuar y profundizar en esta línea reforzando de manera positiva el esfuerzo que realiza la persona.

o Partir de cero.

Muchas situaciones traumáticas conllevan elementos éticos que implican y condicionan el vínculo terapéutico. Sólo es posible establecer una relación de ayuda cuando no se actúa en función de estereotipos.

Ante una mujer maltratada y en función de la propia contra transferencia que ésta genera en el terapeuta pueden surgir múltiples preconcepciones (víctima indefensa, personalidad dependiente e insegura, “síndrome de Estocolmo”....) que lleven a decisiones inadecuadas como por ejemplo negarse a conocer a la pareja maltratadora y permitirle dar también su visión de los hechos; o actuar admonitoriamente contra él impidiendo cualquier posibilidad de trabajo posterior sobre su sentido de la masculinidad u otros; o 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 toma de conciencia previo a cualquier motivación al cambio.

Es importante no establecer estereotipos a partir del modo en que viste, cómo entró en la consulta o las cosas que consten en informes periciales o forenses, elaborados desde ópticas distintas a la de un terapeuta.

o Uso del silencio.

En la terapia de situaciones traumáticas el manejo de los silencios resulta un elemento especialmente difícil y de mayor relevancia que en otro tipo de situaciones terapéuticas. En la consulta se desgranar situaciones horribles, angustiantes, cuestionadoras. El propio terapeuta puede sentirse horrorizado por la narración. Manejar el horror es, ante todo, un ejercicio de autocontrol. Es un espacio común que cuando la persona llora, habla con voz entrecortada, se interrumpe o parece bloquearse, es necesario sustraerse a la tentación de decir obviedades (“es horrible”, “la vida es así” “lo importante es que está viva” “no vale la pena mirar atrás” “hay que tener resignación”).

Aguantar el silencio, la información angustiante y el dolor de la otra persona el tiempo que sea necesario sin perder la calma es una de las habilidades básicas en esta situación.

o ¿Puede un terapeuta llorar?

En determinados contextos llorar es un signo de salud mental del terapeuta. Raramente va a influir de manera negativa en el curso de la terapia y en la mayoría de ocasiones supondrá incluso un refuerzo del vínculo terapéutico. No poder, puntualmente, reprimir el llanto es un signo perfectamente tolerable de apertura de uno mismo.

Convendrá dedicar posteriormente un tiempo a reflexionar qué elementos de la historia personal se han visto removidos por la narración del superviviente y si estos son de suficiente envergadura como para dificultar la objetividad terapéutica y el trabajo posterior. En la mayoría de casos se tratará, probablemente, de una reacción normal de empatía sin mayores complejidades.

o ¿Puede un terapeuta contar experiencias propias o facilitar cierto grado de acercamiento interpersonal?

En contextos muy determinados se ha postulado que así debe ser, especialmente cuando en situaciones de maltrato grave o de riesgo político se considera que son necesarios vínculos de confianza intensos para permitir un espacio de trabajo. En este caso tiene pleno sentido mostrar empatía o narrar alguna anécdota personal, e incluso compartir espacios no terapéuticos (*vínculo comprometido*^{a,132,133}).

Pero en ocasiones los supervivientes de situaciones traumáticas tienen sentimientos de soledad y aislamiento, de incomunicabilidad, de ser rechazados. En el contexto de las propias emociones derivadas de los hechos vividos no es extraño sentir una necesidad intensa de recibir afecto y seguridad. Las emociones que se mueven en terapia son también profundas. En este sentido existe un riesgo de provocar confusión en el paciente (o incluso el terapeuta) si se traspasan los márgenes establecidos.

^a Se habla de *vínculo comprometido* como de esa expresión de cercanía y complicidad del terapeuta necesaria para crear el espacio de trabajo. Postulado por Elizabeth Lira y otros, trabajando bajo el contexto de la dictadura militar chilena (1973-1990), la experiencia ha demostrado que es tan necesario que el Ministerio de Salud de Chile, al emitir la Norma Técnica del Programa de Reparación y Atención Integral a víctimas de violencia y sus familiares (programa PRAIS) consideró “obligado” en los trabajadores de los equipos del Ministerio trabajar desde este marco.

- o Sufrimiento psicológico: el factor tiempo.

Uno de los mayores riesgos de la terapia de situaciones traumáticas es no valorar adecuadamente el factor tiempo. Es necesario ser muy cuidadoso en no abrir temas que no sea posible garantizar que van cerrarse en la misma sesión y que van a poder seguirse en sesiones siguientes. Hay un pacto (explicitado entre ambos, o implícito y en el que el paciente confía) de que éste no va a salir de la consulta peor de lo que entró.

- o El carácter intransmisible del hecho traumático

En la Parte I se vio que una de las características que definen el hecho traumático es su carácter de experiencia incommunicable, inexplicable, incomprensible. Decir “*le entiendo*” o “*imagino por lo que ha pasado usted*” es inadecuado, y además, falso. Es improbable, ni siquiera en el supuesto de que haya sufrido el propio terapeuta un hecho traumático similar, que pueda “entender” los sentimientos y emociones de la persona. Cada persona es, en este sentido, diferente.

Es fundamental reconocer y partir de esa imposibilidad básica.

Incomunicabilidad de la vivencia del trauma.

Para poder “escuchar” y “acompañar” no es necesario “entender”. Aunque sería un recurso fácil, el terapeuta debe evitar cuidadosamente decir que “entiende” por lo que ha pasado lo persona o que “imagina” lo que puede sentir. La experiencia traumática es, por definición, inenarrable. En este sentido lo honesto (y lo terapéutico) es reconocerlo así.

- o Entender el contexto

Que saber la *verdad* de los hechos no sea un elemento necesario en la terapia y que los hechos traumáticos sean intrínsecamente incomprensibles e intransmisibles, no significa que un terapeuta no deba intentar entenderlos y comprender el contexto de los hechos.

“Para aquellos de nosotros que desconocemos el contexto en que se produjeron los hechos traumáticos o cuando nos enfrentamos a traumas que ocurrieron hace muchos años, tenemos que hacer un esfuerzo de imaginación creativa que nos ayude a sintonizar con los supervivientes y con aquello por lo que han pasado. Debemos, ante todo y por encima de todo, escucharles, leer sobre sus experiencias y familiarizarnos nosotros mismos con el contexto del trauma. Necesitamos preguntar, aprender, desconfiar de nuestras asunciones. El tema del superviviente como alguien de quien aprendemos debe estar siempre en el espacio de trabajo e incluso expresarlo en alguna ocasión” (Hassan¹³⁴ J. A house next door to trauma. Pp 49).

Acercamiento a la situación del otro, empatía y respeto, pero sin miedo a actuar.

En ocasiones la expresión “*usted no ha pasado por esto*” o “*nadie puede entender*” puede ser usada por el paciente como arma arrojada contra el terapeuta en múltiples contextos de la relación transferencial, especialmente cuando el terapeuta confronte elementos de rigidificación de una identidad de víctima. Conviene entonces recordar que esto es parte del proceso de intercambio de la terapia, y renovar el compromiso de intentar entender en equipo lo que ha ocurrido y lo que está ocurriendo, aún y reconociendo, si es necesario, lo cierto de la afirmación del paciente (“*efectivamente, yo no he pasado por esto y por tanto no puedo entenderlo, y aunque lo hubiera pasado, la experiencia de cada persona es siempre distinta*”).

o Escuchar a los síntomas

En ocasiones los síntomas que refiere el paciente hablan de lo que es nuclear en la experiencia traumática.

Yolanda llevaba dos años con dolores de espalda repetidos. Había sido vista por múltiples médicos y se le habían practicado toda clase de pruebas con resultados negativos. Hace más de dos años sufrió una agresión múltiple por la que requirió una larga hospitalización. Atribuía el dolor a un puntapié que uno de los agresores le dio en la zona lumbar. “Me rompió los riñones”.

Una reconstrucción de los hechos tiempo después desveló que en todo momento tuvo el convencimiento de que la iban a matar. Cuando recibió la patada por quien parecía dirigir los golpes comprendió que no la iban a matar y sintió una sensación de agradecimiento. Esa emoción la dejó, después, con sensación de indignidad y derrumbe personal.

En el testimonio de un preso político chileno que sufrió tortura durante varios meses, éste narra:

“Estuve tres meses recluido en una celda de aislamiento, con los ojos vendados. (...). Cuando estas aislado, al principio te vuelves hacia ti mismo y diferentes problemas empiezan a pasarte por la mente. En unos minutos revisas tu vida entera, pero esto te mantiene atareado solo durante el primer día. Después sigues pensando acerca de cosas simples, y empiezas a analizar cada pensamiento en todos sus detalles. Pronto, poco a poco, vas siendo consciente de tus sentimientos de angustia, angustia por el presente, por el mañana, por lo que podría ocurrir. Puedes intentar librarte de esta angustia riéndote, cantando o llorando; yo lloré. Pero este sentimiento de sentirte solo... Mi problema ahora es que no puedo estar solo y necesito hablar constantemente...” (Testimonio recogido por J. Barudy⁷⁵)

Fases del trabajo terapéutico.

o Exploración, formulación de pautas problema y pacto terapéutico.

Tras el primer contacto corresponderá explorar:

- o Motivo de consulta y preocupaciones de la persona.
- o ¿Por qué ahora?
- o ¿Qué espera de mí? ¿Hasta que nivel? (¿cuántas capas de la cebolla espera que saquemos?)

En la psicoterapia de una situación que parece conectada con episodios traumáticos ocurridos hace años, será necesario pensar : ¿por qué precisamente ahora?. La respuesta permitirá obtener un nodo del que arrancar la terapia y al que hay que volver de manera recurrente

Analizar el momento en que se produce la demanda.

1. Situación de crisis (dificultades de transición entre etapas de la vida).
2. Conflicto actual que desenmascara situación pasada.
3. Resolución de conflicto actual que permite abrir la necesidad de reevaluar el pasado.
4. Presión del grupo ante las dificultades generadas en el ámbito relacional.
5. Dificultades legales, laborales o de otro tipo.

Expectativas.

1. Alivio sintomático de emociones negativas.
2. Corrección de pautas problema en el sistema de conductas, de actitudes o creencias.
3. Resolución de conflictos relacionales.

Pacto de Objetivos.

- o Sentar objetivos realistas
- o Asegurar la confidencialidad

Tras la narración (o no) de los hechos, la exploración de los síntomas y de las posibles pautas problema:

- o Devolución de la impresión global y los puntos de conflicto. Normalización y educación para la salud de aquellos aspectos que sean vistos como reacciones de adaptación.
- o Propuesta de trabajo y elaboración del pacto terapéutico.

- o Trabajar con las emociones.

Las emociones suelen ser la vía preferencial de arranque y por eso les dedicamos una sección específica. Podrían aplicarse esquemas similares si arrancara la psicoterapia desde otro nodo de pautas-problema (desde los pensamientos, las creencias, las relaciones o la historia biográfica).

Ante la lista de pautas-problema será necesario jerarquizar y buscar una secuencia inicial de trabajo que posteriormente las propias demandas y el camino de cada superviviente irán reconduciendo.

o Pacto de Objetivos.

Trabajar con las emociones.

1. El terapeuta escucha los elementos emocionales incluidos en el discurso narrativo del superviviente. Por sus palabras o por la expresión no verbal se da cuenta de que ha llegado a un núcleo de conflicto.
2. El terapeuta le devuelve esa comprensión al paciente. Normalmente lo hará en forma de paráfrasis, reflejos empáticos o preguntas.
3. El terapeuta recoge cuidadosamente el acuerdo del paciente. Es decir está muy atento a notar si su intervención ha sido aceptada o no por éste: "Sí. Creo que es así, que me siento tremendamente cabreada y triste". Si la intervención ha sido aceptada, probablemente la conversación terapéutica podría avanzar en el sentido que se propone a continuación. Pero si la intervención suscita el segundo tipo de respuestas, el terapeuta habrá de detenerse en ello y valorar si es más adecuado pasar por encima en ese momento, para recogerlo después (sería el caso, por ejemplo, de una intervención en fases muy iniciales) o valorar, si es importante y la relación con el paciente se lo admite, hacer una intervención más confrontativa.
4. Una vez que terapeuta y paciente han acordado la emoción emergente (tristeza, rabia, culpa, vergüenza, etc.), el terapeuta puede afianzarla más, facilitando que el paciente la haga suya. En ese sentido son útiles las intervenciones que conectan la experiencia del relato con una experiencia corporal actual. Por ejemplo: "*¿Te sientes muy enfadado y por eso aprietas la mandíbula o se te llenan los ojos de lágrimas?*". El terapeuta ayuda a la persona a enfocar su atención sobre esa emoción: "*Céntrate en ese enfado... (silencio) ... dime... adónde lo sientes?*" o "*cómo lo sientes?*" o . . . "*cuéntame qué es lo que sientes ahora, en este momento...*"
5. Puede profundizarse en el diálogo interior que suscita esta emoción : "*Centrándote ahora en esta presión, qué pensamientos te vienen acerca de ti mismo... Yo soy... yo estoy...*"
6. El terapeuta puede, a continuación, "ir hacia atrás con la emoción" para intentar conectar con hechos anteriores de su vida : *Y si buscáramos en tu vida otros momentos en que te hayas sentido igual, ¿qué situaciones te vendrían a la cabeza? ¿Qué situaciones te recuerda esta emoción que sientes ahora?*
7. El terapeuta puede ahora conectar situaciones y a partir de lecturas del pasado proponer aprendizajes para el presente o intentar hacer la conexión con otros escenarios actuales ("ir hacia los lados con la emoción") : *Y ahora en tu vida actual, ¿en qué ocasiones vuelves a sentir ese enfado, esa impotencia?*
8. Todo ello permitirá: (a) Buscar un marco lógico de comprensión de las emociones prevalentes (b) Buscar narrativas alternativas (enfado por impotencia, frustración por tristeza...) (c) Evaluar si existen otros caminos alternativos para enfrentar la situación que el que por lo general suele emplearse actualmente.

Sentar objetivos realistas.

En el trabajo con situaciones traumáticas múltiples o con pautas problemas estrechamente ancladas en el funcionamiento de la persona, es importante que tanto el terapeuta como el propio paciente tengan expectativas realistas de los objetivos alcanzables, que por lo general, son más bien modestos.

Las pautas problema que afectan a los sistemas relacionales, de las conductas o de la regulación de las emociones son más susceptibles de poder mejorar que los problemas que afectan al sistema de creencias de la persona.

Definir el cambio esperado.

El objetivo, por tanto, de una terapia de situaciones traumáticas no es poder olvidar lo ocurrido. Olvidar es imposible, porque incluso olvidando, el hecho es ya parte de la persona e influye en sus pensamientos, sentimientos y conductas futuras. Lo relevante es *integrar* lo ocurrido. Como metáfora terapéutica, lo que se pretende no es *volver a ser el de antes* (metáfora del “olvido”), sino *poder vivir con ello* (metáfora de la integración y el aprendizaje postraumático). Frente al *árbol sin flores ni frutos* (metáfora de la hipótesis del déficit), la belleza y el respeto que despierta el tronco retorcido de un *olivo centenario* (metáfora de la integración de las experiencias vividas, que son imposibles de borrar, y del aprendizaje postraumático).

o Normalización y clarificación. Educación para la salud.

En la fase aguda tras un hecho traumático la persona consultará ante síntomas puntuales, 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...).

En este contexto el papel esperado es el de contención emocional, normalización y clarificación de síntomas. A través de un procedimiento de *razonamiento socrático* ambos avanzan en una reconceptualización de los síntomas en términos de búsqueda de recuperación del equilibrio homeostático^a y, por tanto, como signos de recuperación.

^a En algunas personas especialmente sensibles al efecto simbólico de un médico prescriptor como figura de autoridad puede ser adecuado adoptar una perspectiva breve de asesoramiento en la línea del consejo antitabaco o del consejo en consumo abusivo de alcohol centrada en una clarificación diagnóstica, explicándole que padece de una reacción aguda ante el estrés e introduciendo algunas ideas sobre el concepto de estrés postraumático, recomendando algunas pautas generales de control de la ansiedad y ocasionalmente algún tratamiento farmacológico suave de carácter sintomático o alguna técnica de relajación, animando a acudir de nuevo si los síntomas no mejoran con el paso de los días.

Dar nombre y ofrecer lógica es ya, en sí mismo terapéutico¹³⁵. Constituye un proceso de legitimación de los síntomas y de devolución, previo a establecer el marco de trabajo y pactar los objetivos de la terapia, y es ya, en sí mismo, un primer nivel de intervención.

Modelo de entrevista para reconceptualización de síntomas post-traumáticos

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.

¿Puede usted pensar en situaciones en las que pongamos el cuerpo ante una situación física extrema? Por ejemplo, correr la maratón sin estar entrenado o bañarse en un río de alta montaña. Piense en situaciones similares.....

¿Qué consecuencias tendrían estas situaciones sobre el cuerpo? ¿Cómo reaccionaría después de la situación?. Ejemplos de metáforas terapéuticas podrían ser las de la tabla. Las lógicas no tienen porqué ser médicamente ciertas, lo importante es que sean significativas y útiles.

Experiencia inusual	Respuesta del cuerpo (molestia)	¿Para qué sirve? (lógica)
Correr la maratón sin estar entrenado	Agujetas	Señal de alarma. Freno ante nuevos excesos similares
Bañarse en un lago helado	Tiritar	Entrar en calor
Trabajar bajo un sol muy fuerte	Sudor por todo el cuerpo	Regular la temperatura
Comer desmesuradamente, sin parar ni mirar lo que se come.	Vómitos	Impedir que la comida haga daño
Estar en un ambiente con mucho polvo	Toser constantemente	Impedir que el polvo entre en los pulmones
Golpe	Hematoma y contusión	Recuperar la zona dañada

Las molestias que presenta el cuerpo después de estas experiencias son respuestas, muchas de ellas de base biológica, 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?.

Podríamos intentar pensarlo en un modo similar a una *contusión mental* y pensar para qué podrían estar sirviendo estas molestias que me ha estado contando. Verlas no como un signo de una mente dañada sino de una mente que lucha..... En esta situación *la mayoría de personas pasan por molestias similares*.

Repasemos las molestias que usted tiene...

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 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...

Modelos de resignificación de los síntomas postraumáticos como respuestas normales ante situaciones anormales

Síntomas	Resignificación
Miedo	Reacción de defensa ante un hecho amenazante. Permite protegerse y ser prudente.
Síntomas intrusivos (flashbacks, pesadillas, rumiaciones)	(a) como un intento de dar sentido a la experiencia, como un intento del cerebro de asimilar lo ocurrido, de buscar un final a la película o una explicación. (b) como un intento de la mente por no olvidar a las personas o las cosas que se han perdido en lo ocurrido.
Síntomas de anestesia emocional, de despersonalización o de extrañeza	Intentos de la mente por desconectarse de la realidad, de poner un poco de distancia respecto al mundo y darse un <i>tiempo muerto</i> de respiro y recuperación.
Intentar evitar situaciones	Un modo de protegerse, de permitirse ir afrontando lentamente las cosas. Dosificar el dolor de las pérdidas para poder digerirlo poco a poco.
Ganas de estar solo y aislarse	Intentos por no perder el control.
Hiperactivación y alarma	Cuando se está sufriendo una agresión es necesario estar atento a todo, vigilante. Es una actitud del cuerpo agotadora pero que nos protege. Una vez pasada la amenaza ya no es necesario mantenerla, pero a veces el cuerpo sigue manteniendo la alerta aunque el peligro haya pasado.
Resentimiento	Un sentimiento comprensible si no se siente suficiente apoyo. Pero ¿cómo está la persona influyendo a su vez en los que le rodean?. ¿Qué reacciones provoca?
Tristeza	Un modo de pararse a pensar y prepararse
Reacciones demasiado radicales que no son habituales	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, seguir funcionando con esta estrategia que <i>era correcta y adaptativa</i> nos dificulta la vida. No se puede ir por la vida normal “listo para la acción”.

Metáfora global de integración y cambio

Árbol sin flores ni frutos (metáfora de la hipótesis del déficit),	La belleza y el respeto que despierta el tronco retorcido de un olivo centenario (metáfora de la integración de las experiencias vividas, que son imposibles de borrar, y del crecimiento postraumático).
--	---

o Tratamiento farmacológico y psicoterapia

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.

La literatura postula a los ISRS como los fármacos más efectivos en el Trastorno de Estrés Postraumático establecido. La Sertralina y la Fluoxetina 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, la rabia y la fijación obsesiva con el trauma. Los pacientes describen una mayor capacidad para distanciarse de los hechos y de las emociones y poder analizarlos mejor y de manera más calmada, una regularización del sueño y una cierta sensación de serenidad interna.

En general los antidepresivos tricíclicos tienen un efecto moderado sobre la hiperactivación, las experiencias intrusivas y pesadillas y alivian 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 puede ayudar a controlar la irritabilidad y las respuestas agresivas.

Como en la mayoría de trastornos psiquiátricos el tratamiento combinado con farmacoterapia y psicoterapia es más eficaz que cualquiera de estas opciones por separado.

Indicaciones del tratamiento psicofarmacológico	
Primera fase. Reacción aguda al estrés	Objetivos
Tratamiento sintomático de apoyo con algún fármaco con perfil sedante.	<ul style="list-style-type: none"> o Aumentar la calidad del sueño o Colocar la angustia en niveles tolerables o Frenar la aparición de síntomas disociativos o conversivos.
Segunda fase Reacción post-traumática mantenida	Objetivos
Sertralina Fluoxetina Amitriptilina	<ul style="list-style-type: none"> o Distancia emocional al hecho traumático. Suele mejorar la capacidad de análisis de la realidad. o Suele favorecer el trabajo de psicoterapia. o Buen control de síntomas <i>intrusivos</i> o Mejora parcial de síntomas de <i>anestesia emocional</i> y <i>evitación</i>. o Control de la impulsividad. o Regularización progresiva del sueño

Parte 4

Terapéutica de los Síntomas Post-traumáticos: Técnicas específicas^a

1. Tratamiento sintomático de los fenómenos intrusivos y de evitación

Se trata de técnicas de carácter más directivo, empleadas de modo puntual como vía para aliviar algunos síntomas concretos que están bloqueando el avance de la psicoterapia y provocan un importante sufrimiento en la persona. Se basan en la reflexión conjunta, el compromiso terapéutico, la asignación de tareas y el análisis conjunto de las mismas⁵⁶.

Tratamiento sintomático de *flashbacks*, rememoraciones y pesadillas.

Por su eficacia han adquirido especial predicamento las diferentes variantes de técnicas de exposición (Exposición con prevención de respuesta – Inundación – Inoculación – EMDR - Desensibilización al trauma....). Según escuelas y autores se da un nombre u otro aunque son todas variaciones sobre el mismo tema. 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), el contexto (con o sin relajación previa, posterior o intercalada), el apareamiento o no de autoverbalizaciones o de movimientos o ruidos rítmicos y otros. Aunque algunas técnicas se reivindican como específicas, las evidencias indican lo contrario. A ello se dedicará en otro módulo formativo un capítulo aparte con la descripción detallada de las técnicas.

Dado su carácter más agresivo y angustiante no suelen estar indicados de entrada, a no ser que el paciente manifieste directamente que las rememoraciones son el principal problema al que se enfrenta. Se trata de síntomas que suelen responder de manera precoz y con frecuencia casi completa al uso de psicofármacos, por lo que deberá ensayarse primero esta alternativa.

Indicación de las terapias de exposición a estímulos traumáticos

1. *Vínculo terapéutico consolidado*. De no existir éste (a) la persona puede fácilmente realizar un boicot encubierto a la técnica cuando se siente angustiado (b) la sintomatología puede empeorar (c) puede romperse un vínculo todavía suficiente.
2. Los *flashbacks*, recuerdos o imágenes intrusivas son fuente de gran angustia para el paciente
3. Ha pasado un lapso suficiente de tiempo de al menos tres meses para pensar que no se trata de una forma de respuesta aguda ante un estímulo impactante y que el síntoma se ha consolidado.
4. Se ha ensayado sin éxito un tratamiento farmacológico de los síntomas

^a El tratamiento sintomático de fenómenos de intrusión y evitación a través de técnicas de exposición con prevención de respuesta y las indicaciones y metodología del trabajo de grupo se desarrollan de manera específica en otro de los CD de esta serie. Las técnicas de conexión emocional (i.e. terapia por el arte) escapan al marco de esta propuesta.

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 terapéutica no debería darse por finalizada hasta que no haya una disminución significativa de los niveles de ansiedad.

Otra manera indirecta de hacer una exposición es escribir sobre el trauma durante al menos media hora al día durante 4 días consecutivos. Esta técnica puede ampliarse hasta la elaboración de un *diario* del síntoma, sus antecedentes, características y repercusiones, que pueda luego ser utilizado en la terapia.

Caja de herramientas para el tratamiento de síntomas intrusivos

o **Estrategias de contención.** Los estudios con pacientes obsesivos muestran que es inútil intentar *suprimir* un pensamiento. Cuanto más se intenta *no pensar* en algo, más se suele pensar en ello, existiendo en ocasiones incluso un efecto rebote. Es más útil, en consecuencia, recomendar:

- (1) **Dejar pasar.** No intentar bloquearlos, sino 'dejarlos pasar'. Saludarlos mentalmente y verlos alejarse. Como metáfora puede usarse la siguiente: *“el pensamiento es como un tren que pasa por la estación y usted se encuentra en el andén. Si intenta detenerlo, le arrollará. Eso es lo que ha venido haciendo hasta ahora. A partir de ahora vamos a intentar lo contrario: dejar que el tren pase”*. Se desarrolla un espíritu de “coexistir” con estas imágenes o pensamientos invasivos, dado que olvidar o suprimir no resulta efectivo.
- (2) **Aplazar.** 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: *Cuando le vengan esas imágenes córtelas pensando: eso no me toca hasta las...”* Generalmente cuando llegue la hora elegida para sentarse y dedicar quince minutos a las imágenes estará usted entretenido en otra cosa y no deseará hacerlo o le será fácil buscar una actividad alternativa.,
- (3) **Detener.** Las técnicas de parada de pensamiento suelen ser mucho menos eficaces que las dos anteriores y solo como recurso en recámara. Consiste en el uso de un elemento simbólico que corte la cadena de pensamiento. Por ejemplo una banda de goma en la muñeca que es soltada suavemente a la vez que la persona gritar mentalmente '¡basta!'; o cambiar un papel de bolsillo.

o **Exposición – Inundación – Inoculación – EMDR - Desensibilización al trauma** – Ver módulo específico de formación.

o **Grabación y recuerdo.** Escucha repetida y sistemática de la rememoración persecutoria hasta agotar su resonancia afectiva.

o **Manipulación de la imagen mental persecutoria.** Dedicar momentos prefijados de tiempo a la visualización sistemática de la secuencia traumática. Al cabo de unos días ir reduciendo progresivamente el tamaño de la pantalla y haciéndola más pequeña.

o **Reconstrucción guiada / Diario del síntoma.** Un elemento común de los fenómenos intrusivos es su carácter de inacabados. Es útil elaborar un diario de los mismos :

- 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. Cabe desarrollar a partir de ello un **plan de prevención de flashbacks**.
- Descripción detallada. En el caso de las pesadillas se ha observado, por ejemplo, como el hecho de escribirlas a primera hora de la mañana nada más despertar hace que en el siguiente sueño se pueda avanzar más rápidamente y haya la posibilidad de llegar a un final y romper el ciclo de recurrencia. En el caso de los flashbacks es posible favorecer el recuerdo de algunos elementos.

o **Reestructuración Cognitiva.** Se persigue tener una percepción adecuada del trauma 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 las curas en el hospital, en lugar del día en que se cedió y se puso a gritar e insultar al personal que le cuidaba.

o **Entrenamiento en Auto-Instrucciones.** 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 alegar el otro (“voy a ser capaz de...”, “ánimo, adelante...”).

o **Balancear pensamientos e imágenes evocantes.** 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 familiar desaparecido en el hundimiento de un barco, acordarse de las tardes en que de niños eran felices y evocar fotografías mentales agradables, para contrarrestar la idea intrusiva obsesionante de que quizás el agua estuviera helada cuando se ahogó.

Caja de herramientas para el tratamiento de síntomas intrusivos

o **Técnicas de mitigación.** En raros casos las imágenes intrusivas alcanzan el carácter de episodios disociativos y resultan muy invalidantes. En estos casos, suele requerirse de técnicas de exposición directa. Cuando no sea posible deben recomendarse algunas normas de mitigación :

- Dejar mucho tiempo libre favorece que la mente quede en blanco y que se llene con recuerdos traumáticos. Por eso en algunas personas es al retirarse cuando de pronto aparecen, muchos años después, los síntomas intrusivos. Es bueno planificar actividades especialmente en momentos de mayor tensión.
- Utilizar el pensamiento normal como bloqueador del intrusivo. Entrenar a la persona en intentar sistemáticamente 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.
- Previo pacto, pedir a la familia que corten los periodos en que vean a la persona ausente o sumida en rumiaciones.

o **Lugares transaccionales – uso de objetos contrafóbicos.** En niños es interesante proponer que elijan un “lugar seguro” en el que pueden esconderse de la imagen y donde ninguna imagen va a poder llegar a molestarles. El lugar puede ser físico o imaginario. Análogamente puede usarse objetos contrafóbicos (un muñeco, una persona, un objeto simbólico....) que provean de seguridad y protección.

o Un caso especial en las víctimas de violación o abuso sexual es la aparición de **imágenes intrusivas durante las relaciones sexuales**. Es mandatorio parar y esperar a que las imágenes pasen. Forzar la situación no provocaría una desensibilización a la misma sino que originaría una nueva retraumatización que agravaría la situación.

1.2. Cuando las emociones desbordan^a

En ocasiones el trabajo terapéutico es difícil por el nivel de desbordamiento que experimenta la persona cuando es invadida por emociones que recuerdan al hecho traumático.

Nuria fue secuestrada en 1992 por un grupo de hombres por razones que aún desconoce. Encerrada en un lugar que no fue capaz de identificar fue sometida a violaciones y vejaciones múltiples bajo la amenaza constante de un cuchillo firmemente apretado en su cuello. Tras su liberación, casual y cuando creía que la iban a matar, su manera de ser cambia. De ser una persona alegre y extrovertida, se convierte en silenciosa, desconfiada e hipersensible. Elabora diferentes hipótesis sobre por qué ella, y en varias se imagina que vecinos pudieran haber usado esto como venganza o incluso haber participado del secuestro. Cree haber reconocido la voz de amigos a los que hace años que no ve. Cambia varias veces de residencia pensando que cómo ha reconocido a varios de los violadores la seguirán para matarla, evita a la policía para que no piensen que “va a delatarles”.

Nuria no acude espontáneamente a consulta, sino derivada del médico de familia por dolores de espalda constantes que ella atribuye a una patada que se le dio “durante aquello”. Aquello, que es en sí innombrable y el terapeuta sabe por referencias de familiares, aunque sea

^a En la terminología patologizante de quienes trabajan desde el paradigma de la disociación, se trataría de personas con *alteraciones en la regulación de los afectos*.

nombrado marginalmente, provoca rápidamente un cambio en ella. Empieza a revolverse en la silla como si acudieran imágenes, tamborilea los dedos de manera frenética en la mesa y empieza a mover los pies, lo que el terapeuta interpreta como intentos de evitar que las imágenes la inunden. El desbordamiento es tan alto que sólo cabe cambiar de tema rápidamente. Es impensable pensar en una técnica de exposición o de EMDR (que por otra parte el paciente no aceptaría) ante la intensidad desbordante de las emociones que la evocación de lo traumático genera.

En ocasiones lo horrible de las situaciones evoca emociones tan intensas y dolorosas que las técnicas anteriores resultan excesivamente invasivas.

Algunas recomendaciones útiles en esta situación podrían ser:

- Centrarse en el aquí y ahora en el trabajo terapéutico hasta que no haya, *con el paso de los meses*, un vínculo terapéutico que garantice un trabajo conjunto con algunas de las imágenes menos angustiantes.
- Crear **espacios seguros simbólicos**. Cuando la persona vive el mundo como una amenaza constante puede ser recomendable crear espacios de seguridad.

Espacios de seguridad pueden ser:

- Un espacio físico. Un rincón en una tienda de un campo de refugiados, una habitación en la casa, la casa de un amigo o el bar de la esquina. Este lugar ha sido acondicionado de tal modo o reúne unas condiciones tales que transmite calma, bien por la decoración (colores pastel para unos, paredes blancas para otros), bien por el sonido (música clásica para algunos, heavy metal ensordecedor para otros), bien por los olores (quizás incienso y flores de Bach para unos, quizás churros y fritanga como los de su abuelo en el pueblo para otros). Es un espacio en el que *nadie* entra y es posible abstraerse el tiempo que sea necesario pensando en anda o con actividades que requieran abstracción (un libro, un cuaderno, música...) y sean incompatibles con las emociones e imágenes

. Un espacio imaginario. Un paisaje, un lugar cuya evocación es incompatible con las emociones negativas

. Un espacio personal: llamar, vivir o quedar con personas significativas que transmiten equilibrio por su sentido del humor, su capacidad para escuchar o su aparente calma y capacidad de saber siempre lo que hay que hacer.

1.3. Tratamiento sintomático de la evitación

Se dispone de muchas menos herramientas, lo que por otra parte es lógico por cuanto son los síntomas más directamente ligados al sistema de creencias de la persona y no sería lógica una modificación con técnicas de este estilo.

Pueden eventualmente utilizarse formas clásicas de reestructuración cognitiva o de terapia racional emotiva.

Caja de herramientas para el tratamiento de síntomas de evitación

- o Exposición – Desensibilización - Inoculación de la situación temida. Igual que con las imágenes traumáticas, solo que en esta ocasión se trataría de situaciones evitadas (ver módulo específico de formación).
- o Reestructuración cognitiva. Se trata de ir cuestionando las afirmaciones de la persona de modo similar a como 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. Desde lo que ocurrió no quiero saber nada de nadie', la pregunta sería: '¿Está usted seguro que SIEMPRE le engañan a uno?'. 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. (*' En adelante me dieron la espalda'*).
- * Filtro selectivo de hechos negativos (En lugar de acordarse de todo lo que hizo, una vez llegó a exclamar: *'Si hubiera estado allí tal vez no habría pasado nada...'*).
- * Eliminar los aspectos positivos (Por ejemplo, que además de todos los trastornos *'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 asusto 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 débil' '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 el tipo de síntoma de evitación que se esté trabajando) buscando hacer consciente la relación entre creencias irracionales y conductas disfuncionales y la necesidad de romper esa espiral cambiando las conductas.

- o Resolver los problemas cotidianos que impiden volver a la normalidad aplicando cualquiera de los diferentes modelos de técnicas de resolución de problemas. En este sentido se pretende, tras haber ofrecido un espacio de escucha, evitar las sesiones de quejas continuas, y hablar de soluciones más que de problemas y de posibles cambios más que de rutinas.

1.4. Tratamiento sintomático de irritabilidad, impulsividad o tendencia a la agresión.

En ocasiones puede ser necesario prestar atención especial en la psicoterapia a los niveles de impulsividad y agresividad realizando un trabajo sistemático de este aspecto. Esto tendrá que ver con identificar las situaciones generadoras de agresividad, ser capaz de identificar y expresar las emociones prevalentes (humillación, rabia, tristeza....) y poder trabajar las atribuciones que subyacen a ellas, para finalmente pactar algunas estrategias específicas para disminuir y eventualmente suprimirlas.

Caja de herramientas para el tratamiento de síntomas de impulsividad y agresividad

1. Explorar las atribuciones que tiene la persona a través del análisis de unos cuantos ejemplos de situaciones 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.
- *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 utilizadas en realidad como un modo efectivo de ejercer miedo y controlar a los demás. Explorar si es capaz de ver maneras alternativas de conseguir ser respetado y de sustituir el miedo por afecto como forma de vínculo.

Dentro de este trabajo por intentar que la persona asuma 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 quizás pueda cambiarse esa frase por “A veces intento controlarme y otras no”. ¿Qué diferencia hay entre ambas situaciones? ¿Qué diferencia hay en las consecuencias que puede tener para mí dejarme llevar o no por los “impulsos” en una ocasión y en otra?*

2. Trabajar las técnicas de “tiempo muerto”. Detección y prevención de crisis.

- Aprender a detectar situaciones peligrosas a través de la detección de sensaciones corporales o pensamientos que indican que se está iniciando el ciclo de violencia.
- Tomarse entonces 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 racionalización de los hechos con apoyo eventual de técnicas de respiración o de relajación.
- Buscar el momento para 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).

Caja de herramientas para el tratamiento de síntomas de impulsividad y agresividad

3. Analizar las causas de la ira. Suele ser útil usar un *diario de ira* o interrogar por cada una de las posibles causas y discutir las posibilidades de que algo de esto pudiera tener que ver con el paciente.

- Como un modo efectivo de controlar a los demás.
- Como modo de resolver situaciones de frustración.
- Como un modo de pedir ayuda cuando alguien se siente mal.
- Como un modo de rechazar a los demás para evitar ser rechazado.
- Como respuesta a cosas que la persona imagina que los demás piensan, o dicen de él.
- 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 (“me sentó mal la broma”, en lugar de “mi mujer me ha vuelto a joder el día...”).
- ▢ Demora de la expresión de ira (“dar una vuelta...”)
- ▢ 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 éstas sean reales.

Es importante ayudar a la persona a detectar pensamientos automáticos y a que él mismo genere sus propios pensamientos alternativos. En terapia se ayuda a que la persona busque tres o cuatro frases específicas que puedan actuar como freno personal.

Pensamientos catastróficos. “Estoy a punto de estallar. No voy a aguantar más” “Esto es insoportable”	- <i>No es el final del mundo. Es indignante, pero no pasa nada.</i> - <i>No vale la pena enfadarse.</i> - <i>Aguanta un poco y se va a pasar.</i> - <i>Cabrearse da dos problemas. El que tenía y el de arreglar la bronca después.</i> - <i>Mañana nadie se va a acordar de esto.</i>
Demandas abusivas a los demás. - “Debería saber que no soporto...” - “No debería haber...”	- <i>Vemos las cosas de manera diferente.</i> - <i>Lo tengo muy claro, pero no todo el mundo tiene que hacer lo que yo diga.</i> - <i>¿Por qué lo hace?. Tenemos que hablarlo más tarde con calma.</i> - <i>Imagino que aunque no esté de acuerdo en nada, también tiene derecho a decirlo...</i>
Exagerar la trascendencia de las cosas - “Entre todos me han jodido el fin de semana”, “Siempre intenta joderme con sus comentarios” “Siempre que tengo prisa todo sale mal”,	- <i>Pues nada, lo que no se pueda hoy, se hace mañana.</i> - <i>El fin de semana es muy largo y no pasa nada.</i> - <i>El que lo pasa peor cuando se cabrea soy yo, así que no les voy a dar el gusto...</i> - <i>Prohibido montarse películas.</i>

2. Pautas problema centradas en la historia biográfica personal

En ocasiones es necesario explorar las raíces de la vulnerabilidad al trauma. Buscar los antecedentes en la vida de la persona que pudieran resultar significativos para entender la situación actual. Consistiría en buscar *la primera herida* o *la llave perdida* en terminología psicoanalítica, y poder establecer las conexiones con la herida actual.

El análisis biográfico es deseable cuando:

- a) En la demanda el relato del paciente implica su historia biográfica o apela a su historia de vida para explicar su visión del mundo o sus reacciones.
- b) Cuando a través de la terapia surgen elementos que hacen pensar que es posible establecer paralelismos entre experiencias en el pasado y el presente, patrones de relaciones interpersonales con elementos en común o modos de reaccionar recurrentes.
- c) Cuando se observan elementos de *compulsión a la repetición* de hecho traumático en las elecciones que se realizan en la vida.
- d) Cuando analizar el pasado permite resignificarlo (por ejemplo en términos más positivos), evaluándolo de una manera distinta y cambiando con ello la visión del presente.
- e) Cuando permite pensar en opciones alternativas que pueden ensayarse en el futuro

3. El testimonio como herramienta terapéutica: Metodología e indicaciones en terapia.

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 el equipo del ILAS en Chile¹³⁶, habiendo sido luego asimilado por casi todos los centros de tratamiento de supervivientes de situaciones traumáticas.

El testimonio suele ser una herramienta fundamental allí donde el silenciamiento hace que los supervivientes necesiten *ser creídos* respecto a los hechos¹³⁷. Pasa a un segundo término cuando no se dan estas circunstancias y lo que requiere la persona es confirmar *las emociones* y no *los hechos*.

Indicaciones del testimonio en la terapia de situaciones traumáticas

Un terapeuta no es un centro de derechos humanos, entre otras cosas porque para eso existen los centros de derechos humanos. Las indicaciones para el uso del testimonio en el curso de una psicoterapia son:

1. Es un modo de hacer un recuento sistemático de hechos.
2. Se requiere hacer un trabajo de dignificación, de recuperación de la confianza en sí mismo y de recuperación de la sensación de control.
3. Se requiere revertir simbólicamente algunos elementos de la vivencia de horror. Así, la situación traumática (delatar a otros bajo tortura) se yuxtapone con el contexto opuesto (poder dar los nombres de quienes le torturaron).
4. Cuando la idea de *no ser creído* es nuclear en el proceso terapéutico.
5. Se requiere transformar un hecho doloroso en un documento que es una memoria viva, evitando la angustia de fallecer con una narración pendiente de ser contada.
6. La experiencia vivida se transforma de elemento de autodestrucción en elemento de construcción social.
7. No es solo catártico, sino que, si así se pacta previamente, la persona puede utilizarlo posteriormente como instrumento legal o de denuncia, actividad en la que el terapeuta no debería estar implicado (en todo caso su papel se limitaría como mucho a facilitar contactos con los organismos pertinentes, si dispone de ellos).
8. Protege con ello a un superviviente que va a someterse a procedimientos judiciales, evitando narrar una y otra vez los hechos traumáticos en contextos o ante personas que puedan actuar de manera retraumatizante.

Consideraciones éticas. El uso del testimonio en terapia debe estar sujeto a estrictas normas éticas. No puede usarse, sin consentimiento explícito, su testimonio con

otros fines que no sean los de la terapia (p.e. estadísticas, publicaciones científicas o canalizarlo hacia iniciativas de denuncia que no haya decidido o llevado a cabo la propia persona). Debe velarse asimismo por la confidencialidad y seguridad de la información cuando esta pueda poner en riesgo la integridad o la vida del superviviente.

Testimonio como herramienta terapéutica - Metodología

1. **Preparación.** En caso de requerirse un traductor, debe realizarse antes una discusión con él sobre su papel y ensayar el modo en el que se va a trabajar durante la entrevista de testimonio.
2. **Alianza terapéutica.** Se analiza la indicación. El terapeuta se asegura de que hay expectativas realistas respecto a la finalidad del testimonio y al papel del terapeuta.
3. **Dar el testimonio.** Suele ser preferible hacerlo ante una grabadora o una cámara de video. Si no es posible, tomar notas que puedan ser pasadas a máquina entre sesión y sesión. Cada sesión se inicia con una recapitulación de las últimas frases de la sesión anterior. El terapeuta tiene un rol activo e interrumpe la narración para preguntar sobre las reacciones emocionales en una determinada situación o para clarificar situaciones.
4. **Estructura.** Suele ser útil seguir un orden :
 - Nombre, procedencia, porque es importante para él dar testimonio.
 - Hechos anteriores a la(s) situación(es) traumática(s).
 - Hechos traumáticos con el máximo detalle posible (lugares, hora, personas implicadas, signos que permitan identificar a estas personas –indumentaria, marcas...-. Si es necesario puede apoyarse en dibujos, esquemas u otros.
 - Consecuencias
 - Esperanzas y deseos para el futuro
 - Una declaración final afirmando que cuanto se ha dicho se ajusta fielmente a la verdad.
5. **Revisión y edición conjunta del testimonio,** aclarando detalles confusos.
6. **Cierre simbólico.** La persona firma el documento final, pudiendo firmar el terapeuta como testigo del proceso. Una copia del documento queda en la historia clínica (si las condiciones de seguridad no recomiendan otra cosa) y otra es entregada a la persona. Ella decidirá qué fin desea darle.
7. **Preservar la intimidad.** Si se va a hacer entrega pública con fines legales o de denuncia, sería adecuado reexaminar de nuevo el texto eliminando aquellos detalles que pudieran resultar poco relevantes jurídicamente y embarazosos o comprometidos y pudieran provocar una reactivación del sufrimiento psicológico. Asesorar al superviviente en este sentido.

4. Enfrentar la fragmentación del ser humano.

Todo lo anterior son aproximaciones. El análisis de vulnerabilidades o las técnicas cognitivo – conductuales son pasos que habrán permitido sentar las bases de trabajo. En casos leves o moderados pueden ser incluso suficientes. Pero en casos severos, enfrentar el significado del quiebre humano y su impacto en términos de cuestionamiento de la identidad será el auténtico núcleo del proceso terapéutico.

4.1. Apoyarse en relaciones significativas.

El mejor modo de poder reconstruir un sentido de conexión con el mundo es experimentándolo. Es posible razonar respecto al modo en que las circunstancias han cambiado algunas de las preconcepciones sobre el mundo e intentar relativizar estos cambios. Pero mucho mejor modo es lograr revertirlo poco a poco con ejemplos cotidianos de que las cosas pueden ser de otro modo.

Esa es quizás la diferencia entre los supervivientes de Auschwitz que acabaron suicidándose y los que no:

“Mi amigo el señor Kahn, traductor al alemán de una parte de la obra de Primo Levi, me ha escrito una carta. Una preciosa carta. Me aconseja que hable con mi mujer, con mis hijos, con mis amigos, que hable siempre que pueda, que evite a toda costa encerrarme en mi concha. Según él, Primo Levi murió por no tener ninguna puerta de salida ni oídos que entendieran”. (Paul Steinberg. Crónicas del Mundo Oscuro. pg. 126).

Poder reconstruir un sistema de relaciones estable, que de confianza y sentido de seguridad es el paso básico en el proceso de reconstrucción de un sistema de creencias donde haya espacios saludables.

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.

La mayoría de supervivientes que, años después, siguen anclados en la situación traumática son personas solitarias, con relaciones escasas y poco significativas, en las que el tiempo ha ido aumentando el sentido de alineación respecto a los demás, de ser distinto y no comprendido, de no poder amado ni ser susceptible de ser amado por las propias peculiaridades, necesidades o experiencias.

Enfrentar la soledad para reconstruirse a sí mismo

Esto significa considerar, en la terapia, algunos de los siguientes temas:

- ❑ La posibilidad de haber entrado o entrar en relaciones abusivas o excesivamente demandantes apoyándose en la condición de víctima
- ❑ Entrar en ciclos de irritabilidad – descontrol – pedir perdón
- ❑ La posibilidad de boicotear posibles relaciones significativas (respuestas de agresividad ante las muestras de afecto) y significado que esto pudiera tener
- ❑ La posibilidad de que se produzcan situaciones de *profecía autocumplida* en contextos en que conoce a personas nuevas que conlleven poner el listón tan alto que sólo excepcionalmente alguien tendrá la oportunidad de demostrar que podría ser un buen amigo.

Como paso previo a poder considerar:

- ❑ el miedo a volver a ser normal,
- ❑ el rechazo a volver a ser normal y el significado simbólico que pudiera tener *ser normal* desde la perspectiva de los hechos traumáticos (¿olvido de personas significativas? ¿abandono de conductas de autocastigo o expiación por vivencias dolorosas de culpa?...)
- ❑ el miedo a dejarse querer,
- ❑ aceptar el riesgo de ser rechazado
- ❑ aceptar el riesgo de no ser entendido
- ❑ aceptar la necesidad, aunque solo sea parcial, del otro

4.2. Utilizar el pensamiento crítico

Una de las características positivas de quien ha pasado por una experiencia traumática es una cierta actitud de distancia irónica y de escepticismo crítico. Como todo, en exceso, puede ser desgastante para quienes le rodean, pero usado con moderación, es una herramienta poderosa en cuanto permite cuestionar la realidad aparente.

La opción, en este caso, es revertir el pensamiento crítico para dirigirlo no hacia las cosas que le rodean, sino hacia sí mismo, utilizando maniobras gestálticas o cuestionamientos inversos con intención paradójica.

Ante una persona que expresa constantemente comentarios irónicos y muestra desconfianza hacia todos los que le rodean, alegando que todas las personas se mueven siempre por interés, cabe proponer el siguiente ejercicio de pensamiento crítico:

- *Iniciar la sesión con: ¿Qué significa “poder fiarse de alguien”? con reducción al absurdo y pensamiento socrático para lograr llegar a que se trata de una frase vacía en sí misma, y a continuación dar la vuelta a la línea argumental:*
- *¿En qué ocasiones se fía usted de sí mismo?.*

- *¿Me puede poner algún ejemplo de situaciones en que se haya engañado usted a sí mismo? ¿De qué manera ocurrió? ¿Por qué considera que “se engañó”?*
- *¿Puede usted fiarse de sus pensamientos? ¿Me puede poner algún ejemplo de alguna idea que defendiera vehementemente y que un tiempo después se encontró usted en la posición opuesta, teniendo que hacer lo contrario o defendiendo lo contrario ante otras personas diferentes?*

Para poder finalmente avanzar hacia:

- *Entonces: ¿se considera usted una persona fiable y en la que se puede confiar?, porque con lo que me ha dicho, no se yo si me embarcaría en negocios con usted...(obviamente en tono irónico y empático)*

Y se ataque o se defienda a sí mismo, el camino es similar:

- Si pese a que usted no se puede fiar de sí mismo, convive bastante bien con usted y se acepta con sus contradicciones, porque siempre le parece que en cada momento intenta decidir lo que es mejor y que son las circunstancias las que cambian, ¿por qué sería distinto para el resto de la gente y les exige ser coherentes como máquinas?

- Si usted se fía de sí mismo pese a las contradicciones en que entra constantemente – como todos – en su vida cotidiana, ¿Por qué debería ser diferente para los demás? ¿Por qué les niega su cuota de cambios de opinión y contradicciones? ¿Por qué tienen que estar constantemente demostrándole que son perfectos, cuando ni usted, que se exige tanto a sí mismo, lo es?

No se discute, por tanto, si los demás son fiables o no, si puede confiarse en “la gente” (algo sobre lo que puede establecerse una gran distancia racional), sino utilizar su pensamiento crítico sobre sí mismo, en tanto en cuanto.... representante de todos los demás.

4.3. Experiencias de reconstrucción.

Ante un mundo en el que parece predominar la inseguridad y la maldad, resulta básico poder contraponer experiencias de reconstrucción a partir de vivencias positivas (lo que podríamos denominar vivencias *resignificantes*). En la balanza entre el pasado seguro y predecible, con personas confiables, y el presente inseguro y caótico y con personas egoístas, es necesario contribuir con experiencias resignificantes a ir equilibrando de nuevo los platos de la balanza.

Las experiencias resignificantes no son necesariamente grandes cosas, sino experiencias ordinarias.

Experiencias de reconstrucción

En muchas ocasiones las heridas producidas en los sistemas de referencia de la persona son irreversibles, pero cada vez que un superviviente se siente fortalecido y con capacidad de control y de manejo sobre las dificultades de su vida, cada vez que puede reírse y puede disfrutar de algo abiertamente, cada vez que se preocupa o que cuida a otro ser humano, cada vez que encuentra una voz para expresarse, cada vez que se puede sentir libre para llorar o encerrarse en casa sin que se lo reprochen, hay una cierta sensación de victoria y de avance sobre el impacto de lo traumático.

En otras ocasiones si puede tratarse de experiencias extraordinarias:

- Compromiso en acciones de reparación a nivel individual o comunitario, bien a través de acciones concretas, bien a través de elementos simbólicos (ceremonias, monumentos...)
- Participación en grupos de apoyo mutuo. Ayudar a otros en situación similar revirtiendo el rol de *víctima – necesitada de ayuda en superviviente – proveedor de ayuda*
- Buscar grupos de referencia con alto sentido ético o fuerte componente de compromiso
 - modelos de resistencia a la adversidad (compromiso, reto)
 - referencias éticas que contraponer a las de quienes ejercieron la violencia
- Testimonio (y/o denuncia)

A ello puede añadirse la discusión constructiva sobre los pros y los contras de esta postura ante el mundo y lo que implica: ¿Hay ejemplos contrarios? ¿Nadie se salva? ¿Sirve esta idea para ser mejor? etc

4.4. Derecho al resentimiento y la rabia

Demonizar el resentimiento y la rabia significa entrar en un proceso de culpabilización de (esta vez si) la víctima.

“Mi objetivo es describir la condición subjetiva de víctima. Mi contribución consiste en el análisis introspectivo del resentimiento. Lo que me encomiendo es la justificación de un estado psíquico que es condenado igualmente por moralistas como por psicólogos: los primeros la juzgan una mácula, los segundos la consideran una suerte de morbo. Debo confesar mi participación en el resentimiento, asumir la mácula social y aceptar sobre mí la enfermedad legitimándola como una parte integrante de mi personalidad.(...) Los resentimientos como dominante existencial de mis semejantes son el fruto de una larga evolución personal e histórica. Todavía no habían aflorado ni lo más mínimo el día en que desde Bergen-Belsen, mi último campo de concentración, regresé a casa hacia Bruselas (...) Contemplar el futuro con ánimo sereno me resulta tan costoso como demasiado fácil a los perseguidores de ayer. Tampoco me siento capaz, quebradas como tengo las alas por el exilio, la clandestinidad y la tortura, de participar en los altos vuelos éticos que (se) nos propone a las víctimas” (Amery J. Resentimiento. En Mas allá de la culpa y la expiación pg 139 ss)

El resentimiento constituye una energía identificatoria positiva que hace que la idea de una *tabula rasa* sea intolerable. El mensaje del resentimiento y la rabia es: “No quiero

ser como ellos” y perdonar significa, simbólicamente, la posibilidad de una equiparación moral de ambos desde el olvido y la supuesta reconciliación. La reconciliación, cuando no surge desde la propia condición de víctima y tras un proceso personal o colectivo, sino en base a criterios políticos, sociales o jurídicos, es decir, por imposición externa, se convierte así en nuevo factor de daño.

El perdón o la reconciliación son un *derecho* y un *privilegio* del superviviente y nunca una recomendación ética o moral por quienes no participan de dicha condición, o una imposición externa en función de otros intereses. Solo el propio superviviente está dotado de la autoridad moral como para poder otorgar el perdón. Ningún tribunal está autorizado a hacerlo en su nombre, ni ningún terapeuta a recomendarlo como punto final deseable de la terapia.

De hecho, en determinadas ocasiones, puede ser necesario y saludable aceptar el derecho (¿y la necesidad?) al resentimiento. El estigma social de aceptar la existencia de sentimientos negativos, el miedo al agresor si estos sentimientos se expresan u otras razones pueden hacer que la persona dirija todos los sentimientos negativos hacia sí misma, como un destinatario *tolerable*. Así, pueden aparecer conductas de autoagresión (imprudencias, consumo abusivo de tóxicos, intentos de suicidio, trabajo incansable hasta la extenuación y culpa ante el placer...) como formas de desvío de la rabia y el dolor.

Es necesario transformar y redirigir esta energía negativa.

Manejar el resentimiento

- ❑ Ayudar a poner palabras a los sentimientos negativos.
- ❑ Validarlos como éticamente legítimos
- ❑ Distinguir entre víctima y agresor para poder analizar hacia quien se está dirigiendo en la actualidad las emociones negativas. Explorar los modos en que se está realizando esto.
- ❑ Detectar situaciones de auto acusación o de rechazo a si mismo.
- ❑ Detectar situaciones de justificación del agresor y analizarlas conjuntamente en detalle.
- ❑ Buscar alternativas que permitan redirigir y canalizar los sentimientos negativos hacia los causantes del hecho o los hechos traumáticos.
- ❑ Reconceptualizar la rabia como una energía transformadora que puede permitir cambiar una realidad considerada negativa.

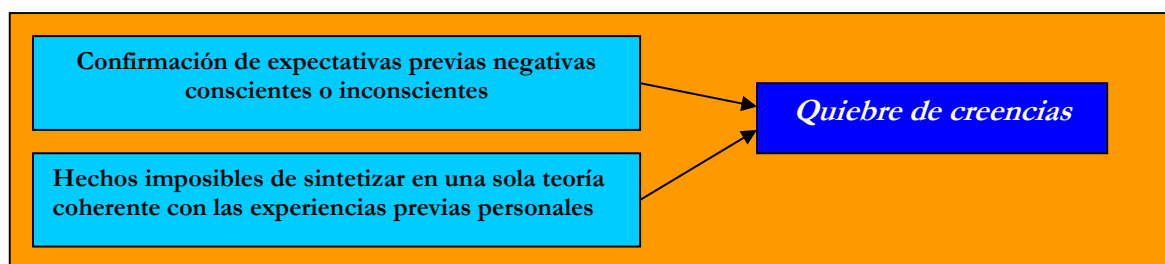
Pasado este primer análisis, en algunos casos:

- ❑ Explorar la posibilidad de ejercer el derecho y el privilegio ético de buscar la reconciliación, en aras de causas mayores (p.e. ayudar a la despolarización social y la desactivación de conflictos anclados en la acumulación de resentimientos entre las partes).
- ❑ Trabajar en el encuentro terapéutico el significado del perdón desde presupuestos sanos (desde la separación nítida de categorías morales y no desde el miedo a la identificación con el agresor) y los pasos que en su caso pudieran darse de modo real o simbólico en esta dirección.

4.4. Analizar el quiebre humano desde el análisis de las preconcepciones.

Cada persona puede ver cuestionado su concepto identitario de sí mismo de un modo distinto. El tipo y profundidad del cuestionamiento tendrá relación con la historia personal, los hechos sucedidos y la imagen sobre el papel desempeñado en los mismos.

Cuando se rompe un sistema de creencias suele suceder bien a través de un proceso de confirmación de expectativas previas, bien por ser un hecho tan incompatible con experiencias previas que no es posible sintetizarlo en una visión coherente y de conjunto Ambas posibilidades serán las que convendrá explorar en ese momento.



Ejemplos de estas dos situaciones podrían ser:

Antecedente (ejemplos)	Hecho	Fractura
Historia de abandonos, rechazos o muertes <i>(creencia consciente / inconsciente de ser merecedor de ser rechazado)</i>	Muerte traumática en accidente	Pérdida del deseo de vínculo Rabia – sensación de traición / abandono
Familia de origen muy cohesionada y con alta implicación entre sus miembros <i>(Esquema consciente o inconsciente de que antes que cualquier otra razón, lo básico es cuidar y apoyar a los otros miembros de la familia)</i>	Muerte traumática en accidente	Culpa por sobrevivir
Éxito fácil en la escuela. Familia con dinero que siempre ha resuelto todos sus problemas. Triunfador <i>(Imagen consciente o inconsciente de invulnerabilidad ante las circunstancias de la vida. Nunca me va a pasar nada malo y en todo caso nada que no se arregle con dinero).</i>	Agresión sexual violenta	Choque emocional con bloqueo completo. El mundo despierta como algo peligroso, caótico e impredecible. Pánico a situaciones de riesgo.
Figura paterna frágil. Madre autoritaria con alto nivel de exigencia a los hijos y actitud por lo general cuestionadora y devaluante. <i>(Imagen consciente o inconsciente de sí como alguien fuerte que supera adversidades. En realidad estructura fuertemente narcisista con alta dependencia de la opinión externa para evaluar la valía personal).</i>	Accidente laboral	Quiebre de la imagen de sí. Crisis depresiva refractaria a antidepresivos y desproporcionada a la magnitud del accidente.

La terapia será un proceso de desentrañar esos anclajes, de hacer evidente *el sistema previo de creencias y sus raíces* para intentar entender *por qué precisamente ese hecho traumático en este momento de su vida* provoca unas consecuencias tan devastadoras. Intentar reconstruir los hilos que unen ambas situaciones.

4.5. Trabajar conjuntamente en la búsqueda de una lógica estructurante.

Los hechos traumáticos por su frecuente carácter de hechos imprevisibles actúan contra la lógica de la probabilidad (*“estas cosas no suelen suceder, y si suceden, no me va a tocar a mí”*). Para poder integrar una experiencia y enfrentar el futuro es necesario dotarla de significado.

Es necesario desentrañar la lógica atribucional implícita o explícita para poder analizar las implicaciones que tiene cara a la posición existencial del superviviente. En este proceso el terapeuta no busca, de nuevo, un criterio científico de verdad, sino una atribución que provea de una estructura. Así, por ejemplo, ante un terremoto es frecuente que haya un porcentaje mayoritario de la población que pueda pensar que se trata de un castigo divino por la mala conducta de los hombres o la violencia. La hipótesis del castigo divino tiene una doble vertiente: Por un lado puede evitar que se intenten soluciones instrumentales (como buscar formas económicas y populares de construcción antisísmica). Pero solo utilizar este criterio para decidir que hay que combatir este tipo de concepciones sería no ver que permite desarrollar una determinada actitud frente a los hechos (mejorar las conductas individuales y comunitarias, rezar, evitar la violencia...) y sobretodo *que da una cierta sensación de control sobre el futuro y mejora el estado emocional*.

Proveer de sentido es básico para evitar la sensación de vulnerabilidad.

Buscar una lógica, además, permite colocar las responsabilidades donde realmente están. Es el paso de la autculpabilización o el desconcierto al posicionamiento y quizás la acción. Desentrañar la lógica interna de la violencia permite convertir los miedos de inespecíficos en específicos y planificar acciones concretas contra aquello que se constituye en amenaza.

4.6. Verbalizar y explicitar el miedo.

El miedo es uno componente casi universales en las reacciones postraumáticas. El miedo es la emoción que acompañará de manera casi invariable a la ruptura de creencias básicas, a la sensación de impredecibilidad y de vulnerabilidad.

Puede definirse el miedo como una sensación inespecífica de alarma y ansiedad ante las situaciones normales de la vida¹³⁹. En el miedo hay un efecto de contagio progresivo que hace que, si no se corta, vaya poco a poco generalizándose e invadiendo todas las áreas de la persona.

Trabajar con los miedos: ponerle nombre para poder vencerlo

1. Entrenarse en separar los miedos específicos (con un referente conocido) e inespecíficos (sensación vaga sin referente exacto)
2. Una vez detectados los miedos inespecíficos, conseguir transformarlos en específicos dándole nombre
3. Trabajar en grupo alternativas y modos de enfrentar cada uno de los temores específicos.

El primer paso para trabajar con miedos es establecer la distinción entre dos tipos de miedos¹³⁰, los inespecíficos (por ejemplo el estado de tensión y alerta constante que se produce en las semanas siguientes a un terremoto por las pequeñas réplicas diarias que se producen, aunque ya se esté fuera de peligro) de los específicos (miedo a que la casa resista). A continuación hay que intentar explicitar al máximo nivel posible el origen exacto y la lógica de los miedos inespecíficos, para poder trabajar estrategias para enfrentarlos.

	Miedo inespecífico	Miedo concreto
Definición	Sensación vaga de amenaza que nos impide funcionar con normalidad	Sensación de alarma ante una amenaza que hay que enfrentar
Metáfora	Miedo al cuarto oscuro	Miedo a un perro que me ataca
Idea subyacente	No es posible defenderse. Vulnerabilidad	Pensar y planificar qué se va a hacer si se diera esta situación. Fortaleza.

Conseguir “poner cara a los miedos”, nombrarlos, enumerarlos del modo más concreto posible es el primer paso para empuñarlos. Se trata de miedos que “pueden ser nombrados”.

El segundo paso será la búsqueda de estrategias, a nivel individual, familiar o comunitario, previendo posibles situaciones futuras. Así, si el miedo al futuro se logra que, de manera individual o en grupo, se concrete en el miedo compartido a que lleguen uniformados a la zona y provoquen situaciones de violencia, será posible pensar o discutir qué tácticas no violentas sería posible emplear para enfrentar un eventual ataque. Mientras el miedo era innombrable, no era posible defenderse de la amenaza y la inexistencia de una táctica acrecentaba la sensación de miedo a lo innombrable o a lo desconocido.

4.7. Tolerancia a la ambigüedad.

Pero aceptar que los hechos puedan tener una lógica o poder poner un rostro a los miedos, no significa que los podamos controlar.

Las lógicas y los miedos son subjetivos, pero si aceptáramos algunas lógicas y miedos comunes, como se hace en la tabla, se puede observar que en casi ningún caso es posible lograr una sensación de control absoluto. Si ocurrió una vez *puede volver a ocurrir*. Y basta la simple posibilidad para que ésta resulte bloqueante.

Situaciones Traumáticas	Posible lógica	Posible miedo
Abuso sexual	Hay personas que encuentran placer en el sometimiento y la humillación de los demás. Sentirse humillado o sometido es permitirle que logre lo que intentó.	¿Qué haría si volviera a sucederme?
Catástrofe natural	El deterioro medioambiental y las condiciones de vida de la población lleva a que haya cada vez más catástrofes y estas tengan cada vez peores consecuencias	En cualquier momento puede volver a suceder

Accidente de tráfico	Las máquinas y las personas a veces fallan	En cualquier momento pueden volver a fallar
Terrorismo Violencia Política	El miedo es utilizado como instrumento de control y coacción	A cualquiera puede sucederle, esté o no metido en política

Es necesario, por tanto, profundizar en los pensamientos y conductas que tienen como misión encubierta proveer de una sensación de control porque intentar mantener el control sobre situaciones que son intrínsecamente incontrolables puede resultar entonces ser el peor camino.

Es necesario trabajar la idea de que el azar es parte, aunque no el núcleo, de la existencia, y desarrollar la tolerancia a la ambigüedad y la indefinición del futuro. Lo importante no es controlar, sino disponer de la suficiente flexibilidad como para adaptarse a las situaciones imprevistas. La persona más resistente no es la que es capaz de adivinar el futuro y controlarlo, sino la que dispone de mecanismos flexibles para adaptarse a las circunstancias.




Aceptar y convivir con un componente de azar y de impredecibilidad es una de las herramientas más poderosas de resistencia ante la adversidad.

4.8. Azar versus control

Las tácticas para la superación de situaciones traumáticas basadas en intentar controlar lo impredecible deben por fuerza estar destinadas al fracaso.

La alternativa que se plantea como camino es lograr abrir un espacio de reflexión sobre el concepto de azar buscando la resonancia personal de alguna de estas tres líneas posibles:

El concepto azar en la terapia de situaciones traumáticas.

-  Ser humano. Aunque es posible predecir con un razonable margen de seguridad las reacciones de la mayoría de personas, ***todas las personas son intrínsecamente impredecibles.***
-  Uno mismo. Aunque es posible predecir con un razonable margen de seguridad como vamos a reaccionar en la mayoría de situaciones, ***como personas somos, en alguna medida, impredecibles.***
-  Ser en el Mundo. Aunque es posible predecir con un razonable margen de seguridad las cosas que van a suceder a nuestro alrededor en un día cualquiera, ***es necesario aceptar que en la vida siempre hay un componente que depende del azar y lo impredecible.***

Detrás de la idea de *azar* pueden existir múltiples construcciones del mundo que vayan desde formulaciones más deterministas (el destino como imperativo expreso del libre albedrío) hasta planteamientos más ácratas (el *azar* como caos, desregulación y vulnerabilidad).

Para ello pueden, en función de la narrativa del paciente, explorarse diferentes conceptos asociados al de azar que podrían servir como hipotéticas metáforas para detectar cuales resultan más cercanos a los pensamientos angustiantes del paciente. Estas metáforas

pueden ser *por aposición* (del tipo, por ejemplo de Azar como *Casualidad* o como *Destino*) o *por oposición* (por ejemplo Lo contrario del Azar es la *Seguridad* o la *Fe*). En realidad las metáforas son hilos de los que tirar en el trabajo terapéutico, vías para construir narrativas sobre uno mismo y la vida. La siguiente tabla pretende servir de ayuda práctica mostrando algunos ejemplos de conceptos relacionados al de azar que es posible explorar conjuntamente.

<i>Metáforas alrededor del concepto de Azar que es posible trabajar en terapia.</i>			
Casualidad	Destino	Providencia	Fortuna
Fatalidad	Suerte	Imprevisión	Perplejidad
Riesgo	Incertidumbre	Seguridad	Fe

Cada terapeuta requerirá de un esfuerzo de imaginación para poder proponer y aceptar, a partir de determinados conceptos de arranque, situaciones de reflexión usando técnicas socráticas. Puede ser adecuado el uso de textos entre sesión y sesión. Por ejemplo, para alguien que observamos que conceptos como Fe o Providencia tienen resonancia, o para los que se preguntan por la lógica de la desgracia, puede ser útil proponerles leer e indagar sobre el personaje bíblico Job, como exponente de alguien a quien le suceden (*y acepta por su concepción de la fe y la providencia*) una tras otra las mayores catástrofes posibles (perder sus riquezas, muerte de sus hijos y esposas, enfermedades, desprecio de amigos...). Para personas en quienes encuentren resonancia las reflexiones sobre la suerte o la causalidad como determinantes de los hechos de la vida, los cuentos breves de Borges (especialmente los recogidos en el libro *Ficciones*) pueden ser elementos auxiliares de gran ayuda.

4.9. Rigidez versus flexibilidad.

Las tácticas basadas en posturas rígidas que permiten obtener seguridades acaban causando problemas porque es difícil que puedan adaptarse a contextos cambiantes y en ocasiones impredecibles. [La conocida metáfora terapéutica de las cañas que se inclinan al viento o el árbol que se opone a él].

El trabajo terapéutico consistiría en desarrollar la idea, a partir de ejemplos cotidianos significativos, de qué sería, en su vida diaria, pasar de árbol rígido a cañas que se mecen explorando el papel de la rigidez en la perpetuación de las pautas problema.

4.10. El concepto de identidad como espacio terapéutico

A la hora de definir un marco de trabajo en la primera parte considerábamos que el trauma podía definirse desde el cuestionamiento de la identidad de la persona.

Esta idea abre grandes avenidas de trabajo terapéutico

La identidad del trauma

La primera vía de trabajo tiene que ver con un análisis de la identidad percibida antes y después del trauma. ¿Cuál ha sido el impacto del hecho traumático?

La siguiente puede ser una guía de trabajo y reflexión. Se trataría de preguntas que pueden trabajarse conjuntamente a través del diálogo o apoyadas en, por ejemplo, una reconstrucción fotográfica de hitos vitales. El énfasis es en intentar construir juntos un diagrama similar al que aparece en los casos de Sara y Yaoundé en la primera parte de este libro. El gráfico es una aproximación que permite discutir; ¿qué elementos incluiría? ¿Qué importancia relativa daría a cada una de ellas? ¿Dónde las colocaría espacialmente? ¿Habría algún solapamiento?

No es bueno mostrar ejemplos, para evitar que la persona mimetice las respuestas y haga un ejercicio de traslación mecánica del ejemplo, sino contarle la idea, el concepto de identidad y el reto y dejar que las cosas fluyan según la lógica y la narrativa del paciente.

La técnica, por llamarla de algún modo, del *¿Y si no fueras?* es útil en este sentido.

Se le pide a la persona si puede definir qué es lo más importante en su vida, lo que le define mejor ante los demás. Si la respuesta fuera: “ser médico”, la siguiente pregunta sería: “¿Y si no fueras médico?”, y así se avanzaría hasta agotar, en este primer envite, el campo narrativo de la persona. A partir de ahí puede empezar a trabajarse elementos de otros dominios del self (p.e. respecto al self público ¿y en cuanto manera de relacionarte con los demás...?, self público percibido: ¿Cómo crees que te perciben los demás? Etc)) ----

Identidad personal: ¿Quién soy yo? – (hace.... semanas / meses / años) - antes del hecho traumático o de que empezara la sucesión de hechos crónicos-

- ¿Quién soy yo? (preguntar en presente)
- ¿Cuáles son las cosas más importantes que le definen como persona?
¿Y si no fueras...?

[se exploran roles sociales “nucleares”]

- Usted se considera...
[se exploran atributos personales “nucleares”
(positivos o negativos)]

- ¿Qué es para usted una víctima? (atender a la narrativa: “daño irreparable”, “alguien que pasó por algo pero puede sobreponerse...” “cuando te joden la vida...”)
-
- ¿Qué siente cuando le llaman “víctima”? (atender a las connotaciones positivas o negativas que atribuye al término y a la identificación afectiva o no con el mismo)

Es lo natural
Disgusto
Rabia
Solidaridad
Apoyo

¿Por qué cree que siente esto cuando oye que se refieren a usted así?

- ¿Qué es un afectado? ¿Qué diferencia hay entre afectado y víctima?

Identidad personal: ¿Quién soy yo? (recientemente / ahora)

- ¿Quién soy yo?
- ¿Cuáles son las cosas más importantes que le definen como persona?
¿Y si no fueras...?

[se exploran roles sociales “nucleares”]

- Usted se considera...
[se exploran atributos personales “nucleares”
(positivos o negativos)]

- ¿Hay diferencias cuando uno se ve cómo víctima o cómo superviviente? ¿Qué tipo de diferencias, si las hay?
 - ¿Qué palabra le define mejor: víctima, afectado, superviviente u otra? ¿Por qué?
- ¿Qué opina de estas? (ver las adecuadas al contexto): Víctima, Afectado, Fracturado, Superviviente, Invulnerable, Mártir, Humillado, Damnificado, Digno, Resistente, Quebrantado, Perjudicado

A partir de este análisis se abren varias líneas posibles de trabajo

- a) Discutir la identidad antes del trauma y la identidad del trauma. ¿De qué modo la persona se ha convertido en el trauma? ¿Yo SOY el trauma, o soy una persona que ha vivido una situación traumática? ¿Hasta qué punto a veces, en determinadas circunstancias puede parecer que yo SOY el trauma?
- b) ¿Qué cosas eran importantes antes y se han perdido en el camino? ¿Cuáles han quedado opacadas? ¿Es posible rescatar alguna o ya no tiene sentido.

Maria fue líder sindical en su país durante más de 10 años hasta que se vio forzada a huir por amenazas personales y un atentado a una hija. Vive en un país nórdico donde tiene unas condiciones económicas que no son malas. Al duelo por la tierra, la lengua y los amigos hay que sumar el cuestionamiento de la identidad que supuso la persecución y que supone el exilio. Una identidad centrada alrededor del compromiso y la tarea, con una autoimagen de resistencia y lucha frente a la adversidad ha sido desplazada por una autoimagen de marginación, aislamiento, incomprensión y falta de reconocimiento social. A ello se une el duelo por un proyecto vital.

¿Qué hacer con la identidad perdida?

Trabajar las identidades no significa necesariamente rescatar las que fueron, sino ser consciente del proceso y tomar decisiones respecto al mismo. Una identidad permite dar orden en el caos. El problema es cuando esa identidad ya no es útil para ordenar la realidad.... Una vez más, las cosas no son intrínsecamente buenas o malas.

María contactó con grupos de exiliados de su país, buscando espacios de liderazgo y militancia social similares a lo que tuvo, y descubrió que la realidad era otra, las actividades la llenaban de amargura y las consideraba un autoengaño. No pensaba que fueran útiles para cambiar nada. En cambio, pudo reflexionar que en su anterior etapa había elementos casi negligidos: pareja, madre, profesional de hostelería. María decidió empezar cursos de formación para cuando pudiera volver a su país y volcarse en la relación con sus hijos, disfrutándola por primera vez y evitar estrictamente todo contacto con personas de su país de origen por los sentimientos ambivalentes de tristeza y fracaso que le provocaban.

Las decisiones fueron suyas y en ningún caso una prescripción del terapeuta que habrían, seguramente, provocado un efecto contrario al prescrito.

Los falsos dilemas en el trabajo con la identidad

Una de las situaciones más frecuentes en contextos de violencia es que la persona se vea forzada a elegir entre diversos aspectos identitarios, en una elección que parece imposible.

La mayoría de conflictos armados tiene como secuela la desaparición de niños. Se trata del secuestro de menores estando sus padres bajo detención, en situación de desplazamiento forzado o habiendo sido encarcelados, torturados o asesinados. Los niños son entregados a soldados, militares, personas de clase acomodada o adoptantes internacionales que en ocasiones pagan altas cifras por una adopción limpia y rápida. En el proceso se cambian nombres, apellidos, partidas de nacimiento... se crea una nueva identidad para el menor. La búsqueda plantea, en su forma más extrema, el dilema de confrontar a la persona, décadas después, con una identidad perdida (y real) y una identidad sobrevenida (y real) y una elección impuesta e imposible. Diversas asociaciones en América Latina tienen, por ejemplo, como objetivo la recuperación de estos niños (hoy ya jóvenes y adultos en muchos casos): Pro Búsqueda^a en El Salvador¹⁴⁰ desde 1994, Hasta Encontrarte en Guatemala desde el 2000 y Abuelas de Plaza de Mayo¹⁴¹ desde 1996 en Argentina, y tema aún pendiente en España¹⁴². Cada caso conlleva enfrentar la tarea de decidir cuando, cómo y hasta cuánto informarles de la identidad secuestrada, de la "otra identidad". Cómo promover el encuentro con una familia desconocida.

En el trabajo con jóvenes mapuches hijos de detenidos-desaparecidos durante la dictadura chilena⁹¹, surgía de manera reiterada y constante en las discusiones el concepto de identidad. Un joven mapuche, nacido y criado en una comunidad tradicional y fiel a ésta, es receptor a través de la escuela, la televisión y posteriormente la universidad de otra lengua y otra cultura en muchos sentidos más fascinante y atractiva (música, imagen, libros...) y desde luego que le permite sentirse más integrado con otros jóvenes de su edad. En este contexto, la identidad pasa a convertirse de una fuente de fortaleza y sentido de coherencia, en una fuente de angustia. Ser excesivamente wingka, es decir, hispano-chileno, significa ser visto como un traidor por los jóvenes mapuches más radicales – compañeros y amigos, por otro lado-, por miembros de la propia familia o por las autoridades tradicionales. Ser, por el contrario, excesivamente mapuche significa renunciar a muchas cosas que, de hecho, ya son parte de sí, porque también forman parte del proceso de constitución de la propia identidad en la infancia y la adolescencia.

En Euskadi la mayoría sociológica de la población, según los diferentes Euskobarómetros, se siente simultáneamente, con identidad nacionalista vasca y a la vez española, dependiendo de dónde y con quien estén. El clima social fuerza a que esta opción sea imposible.

Ángeles perdió a su marido en los atentados del 11 de Marzo en Madrid. Ha pasado más de un año y ha empezado una nueva relación con un antiguo compañero de la facultad al que hace mucho que no veía y que supo estar cerca en estos momentos. Se siente bien con la nueva relación, pero tiene un grave conflicto personal porque siempre ha participado de manera muy activa en la asociación de afectados y ahora le parece que no

^a En mayo del 2003, en balance a 10 años, de los 687 casos registrados en Pro Búsqueda por demandas de familiares, la organización había logrado localizar a 276 casos.

tiene derecho a hablar. Antes tenía muy claro su condición de “afectada del 11-M”. Ahora duda y en realidad cree que lo es, pero no sabe si en realidad lo es. Dejar de participar en las actividades le hace sentirse “traidora”. Participar, de algún modo, también.

Enfrentados a una vida entre dos mundos la única solución en los conflictos identitarios en el contexto de situaciones de trauma o violencia es trabajar el rechazo a la falsa elección y *aceptarse como parte de ambos* (una vida con dos mundos) es decir, reconocer – congruentemente con todo lo dicho hasta ahora - que la persona tiene múltiples identidades, forma parte de muchos mundos y la riqueza estriba en ser capaz de *no negar ninguno de ellos*. El conflicto identitario estriba en el hecho de la *elección*, porque es una falsa elección. Una elección impuesta muchas veces por los otros, que requieren de situaciones blanco o negro o que pretenden que los supervivientes de violencia respondan al estereotipo del buen superviviente de violencia.

4.11. Enfrentar la duda ontológica

El punto final y más complejo con pacientes supervivientes de situaciones traumáticas graves es el manejo de la duda ontológica.. La duda ontológica se resume en el título del primer libro de Primo Levi: *Si esto es un hombre....*, frase inacabada a la que probablemente falta *Si esto es un hombre, yo no deseo serlo*. Es enfrentarse a la maldad humana, a ser a la vez hijos de Abel y por supuesto de Caín. Y no poder evitarlo (más que con el suicidio).

Yo soy un hombre.

Si los hombres son abyectos, yo soy abyecto.

Si esto es un hombre, no deseo seguir perteneciendo, porque el dolor que me produce es insoportable.

Cada cual debe buscar su propia vía de escape de este silogismo aparentemente irresoluble y la tarea del terapeuta es explorar cuales son las vías que la persona está empleando, para reforzarlas y ayudarle a explorar otras alternativas. La siguiente tabla puede dar ideas para el trabajo en terapia.

Supervivientes de situaciones traumáticas extremas y respuesta a la culpa ontológica	
Primo Levi	- Testimonio como sentido de la vida. Primo Levi se define a si mismo como un testimonio viviente del Horror. Esta función es la que dota de sentido a su existencia y le permite continuar.
Jean Amery	- Rencor y resentimiento, como energía que permite seguir viviendo. Jean Amery reivindica el derecho ético al rencor y a sanas aspiraciones de resarcimiento y castigo y en su defecto, no descarta la legitimidad de la venganza.
Víctor Frankl	- La trascendencia en algo superior (Dios), que da sentido a las cosas. - Aceptar que el sufrimiento (físico y psicológico) es el estado normal de las cosas y lo esperable. Búsqueda del estoicismo. - Buscar un espacio de lucha personal y superación que de sentido a las cosas.

Bruno Bettelheim ¹⁴³	- Lograr la comprensión de la complejidad del ser humano y de la vida que permita, una distancia intelectual y secundariamente emocional.
Paul Steinberg	- Aceptar el azar - Esfuerzos activos por no pensar. Apartar de la conciencia la duda ontológica y evitarla. Paul describe estos esfuerzos como tremendamente desgastantes y no logra hasta cincuenta años después, enfrentarse parcialmente a ella.
Jorge Semprún	- No hay respuesta. Es inevitable responder a esta pregunta de forma distinta según el día. - La comprensión del contexto histórico y la militancia política activa como elementos estructurantes.
Imre Kertész ¹⁴⁴	- Ser capaz de recordar momentos positivos. Incluso, dice en uno de sus textos, de felicidad entre el horror.

Por su complejidad se dedica específicamente un apartado al trabajo de este aspecto de la respuesta traumática en la secuencia terapéutica y el módulo de formación sobre psicoterapia de la culpa.

5. Culpa y Trauma

Atribución de responsabilidad y culpa. Numerosas escuelas han estudiado, desde diferentes constructos psicológicos, el papel de la responsabilización respecto a los hechos en el pronóstico de las respuestas traumáticas. Se trata de un tema que aún no está cerrado, aunque la mayoría de estudios parecen indicar que una atribución (locus de control) interna constituye un factor pronóstico mejor que una atribución de responsabilidad externa.

Atribución de responsabilidad interna

- Generadora de culpa
- Permite sensación de fortaleza y control

Atribución de responsabilidad externa (*las circunstancias, la mala suerte, la conducta de los otros...*)

- Desculpabilizadora
- Indefensión

Ante cada paciente el terapeuta debe explorar cuál es la atribución de responsabilidad que hace el paciente (narrativa de la lógica causal de los hechos) sopesando cuidadosamente cuáles son las consecuencias de dicha atribución para esta persona:

- cuando la culpa constituye un elemento preponderante y que provoca sufrimiento psicológico, es posible que haya que potenciar la aceptación del papel de los factores externos en la lógica de los hechos. Esto puede hacerse a partir del análisis de pautas de conducta de la vida cotidiana y del resultado de las mismas en contextos cambiantes.
- cuando en cambio sea la indefensión la que constituya un factor bloqueante, debería valorarse trabajar terapéuticamente el asumir una mayor responsabilidad personal respecto a los hechos ocurridos y al modo en que se va configurando el propio destino. Esto puede hacerse a partir del análisis de las pautas relacionales de la persona (conductas de dependencia – indefensión, conductas de egocentrismo – psicopatía u otras relacionadas con atribuciones externas y probablemente generadoras de problemas en la vida diaria).

En ambos casos la lógica es la misma; buscar un equilibrio en la atribución de responsabilidad.

Análisis y psicoterapia de la culpa.

Frente a un mismo hecho traumático existen tantas posibles formas y contenidos de culpa como personas. Suelen distinguirse dos tipos^a:

	CULPA POR LO QUE HICE	CULPA POR LO QUE SOY
Núcleo	- Me arrepiento de aquello que hice. Considero que me equivoqué y que con ello perjudiqué a otros o transgredí normas	Lo que hice pone de manifiesto características de mí que me avergüenzan. Descubrir la “realidad” de mí mismo.
Atribución	Responsabilidad	Indefensión
Posible trabajo terapéutico	Asumir el posible error y trabajar la aceptación del error y el perdón	Intenta convertir la culpa por lo que soy en culpa por lo que hice, para poder acceder a la aceptación y el perdón. En caso de ser irreductible, trabajar la aceptación de sí desde lo contradictorio (<i>ser capaz de lo bueno y de lo malo</i>)

Por su complejidad y el sufrimiento que conlleva se dedicará especialmente a ello un caso.

6. La muerte verde: especificidades del duelo traumático e implicaciones terapéuticas^b

Muchas situaciones traumáticas conllevan procesos de duelo. Duelo asociado a las múltiples pérdidas que pueden suceder: pérdidas materiales, de ideales, de proyectos y por supuesto pérdidas de personas queridas. El duelo asociado a situaciones traumáticas tiene una serie de características que le hacen ser especialmente único y complejo

^a En la literatura anglosajona se suele designar como Guilt el primer tipo de culpa y como Shame el segundo (p.e. Tangney J (1995). Janoff-Bulman habla de Behavioural Self-Blame versus Characterial Self-Blame

^{bb} La cultura mapuche tiene un término específico (*Wesalan* - muerte inmadura o muerte verde) para designar aquellas muertes en que ni el que muere ni el que va a sufrirlo están preparados para ello. Una muerte inesperada, generalmente violenta, que requerirá de una ceremonia especial pidiéndole al fallecido que entienda su situación, que no mire atrás, donde los vivos, porque puede perderse en su camino hacia el **wenü mapu**. Si ambos (fallecido y doliente) no asumen la separación la pena por la pérdida puede persistir durante años llevando a ambos a perderse al no poder cada uno desprenderse del otro para asumir su camino.

Esto implica también unas especificidades terapéuticas:

Posibles características del duelo asociado a situaciones traumáticas.

- ❑ **Carácter masivo.**
- ❑ **Carácter múltiple** (pérdida, quizás, de más de un familiar, de casa, objetos, trabajo....)
- ❑ **Posible brutalidad** o existencia de imágenes traumáticas asociadas a la muerte.
Preocupación por el sufrimiento del familiar antes de la muerte.
- ❑ **Carácter súbito.** No hay un proceso de adaptación o preparación a la pérdida por parte de familiares o amigos como en el envejecimiento o la enfermedad.
- ❑ **Ausencia de restos.** Con frecuencia éstos no pueden localizarse. Ello puede conllevar dos consecuencias :
 - Imposibilidad para llevar a cabo los ritos y funerales de manera individual (pe. en terremotos, hundimientos) o existencia de fosas comunes (por ejemplo guerras o epidemias).
 - Las dudas sobre la veracidad de la muerte y las esperanzas de que la persona sigue milagrosamente viva y perdida (p.e. familiares de accidentes ferroviarios o aéreos).
- ❑ **Necesidad de aplazar el duelo por las condiciones** bien sean éstas las propias de una catástrofe natural (luchar por sobrevivir), o política / provocada por el hombre (ocultar el duelo, peligro de las manifestaciones de dolor...) u otras.
- ❑ **Carácter absurdo. Dificultad para encontrar sentido a la muerte.**
- ❑ **Sobrevaloración y mitificación del ausente** si éste tuvo una actitud considerada posteriormente heroica.
- ❑ **Culpa por sobrevivir** como manifestación de culpa interpersonal, bien por hechos pasados, bien por la propia reacción de miedo o impotencia durante la catástrofe.
- ❑ **Existencia de fantasías compensadoras de reparación o venganza.**
- ❑ **Presión social.** Papel de los medios de comunicación, con riesgo de magnificación o distorsión, con invasión de la privacidad. En el caso de muertes por guerra o violencia, existencia de campañas políticas o de propaganda contra la honra o la dignidad de los fallecidos.
- ❑ **Dificultad para establecer responsabilidades** y sensación de impunidad de los responsables.

○ **Carácter múltiple y masivo.** Muchas experiencias traumáticas conllevan una pérdida de todo el horizonte actual de la vida del paciente. El caso extremo es el de la experiencia de desplazamiento forzoso y refugio, cuando se pierde la tierra y el paisaje, el trabajo, los vecinos, las redes sociales o el estatus. Es en este sentido que Eisenbruch¹⁴⁵⁻¹⁴⁶ habla de la existencia de un duelo cultural, como de la existencia de una pérdida global de referentes tras un impacto traumático. Esto hace que la exploración de este tipo de duelos deba incluir una evaluación global de lo perdido. La siguiente pauta de entrevista incluye además pautas para explorar en medios no occidentales, donde las emociones y ritos asociados al duelo traumático pueden ser enteramente distintos¹³⁵.

**Modelo de entrevista para la exploración del duelo cultural
asociado a situaciones traumáticas**

Constructos	Preguntas sugeridas
1. Percepción del pasado <input type="checkbox"/> Recuerdos de su familia <input type="checkbox"/> Experiencias de continuidad con lo perdido / Ancestros <input type="checkbox"/> Sueños	<p>¿Quién / quienes recuerda especialmente?, ¿Qué tipo de recuerdos se le repiten? ¿Qué es lo que le hace evocarlo? ¿Cómo responde? ¿Qué hace usted?</p> <p>¿Siente su presencia? ¿Cómo se comunica? ¿Qué consejos le da? ¿Qué sentimientos le provoca esta comunicación?</p> <p>¿Desencadenantes? ¿Qué escenas se repiten? ¿Qué consejos recibe? ¿Cuál es la respuesta? ¿Avisan de cosas que pueden suceder? ¿Tuvo avisos de lo que iba a pasar?</p>
2. Culpa por haber sobrevivido. <input type="checkbox"/> Culpa <input type="checkbox"/> Claridad con que se recuerda el pasado.	<p>¿Existe?. ¿Puede inferirla el terapeuta? ¿Razones por las que sucedió la pérdida?. ¿Se equivocó en algo?. ¿Razones objetivas para hacer lo que hizo durante la situación traumática?.</p> <p>¿Dificultades en recordar lo ocurrido?. ¿Existencia de escenas perdidas con carácter angustiante? ¿Respuesta? (Evitación activa versus rumiación) ¿Tiene recuerdos, fotografías...? ¿Ha investigado?</p>
3. Relación con el tiempo	<p>¿Qué prima en su vida actual? ¿Memorias de antes o de después de la catástrofe?. ¿Estructura de las memorias? ¿Cómo fue el tránsito al lugar / situación actual?. ¿Qué experiencias (re) traumatizantes pudo haber?</p>
4. Duelos inconclusos <input type="checkbox"/> Experiencias de muerte	<p>¿Quien murió?. ¿Fue testigo directo? ¿Cómo fue la muerte? ¿Duda la certeza de la muerte? ¿Tiene expectativas de que vuelva?. ¿Participación? ¿De quien considera fue el error, si lo hubo?, ¿Pudo haber rituales de despedida? ¿Tiene algún recuerdo de él? ¿Hace algo para mantenerle en el recuerdo?</p>
5. Rabia y ambivalencia. <input type="checkbox"/> Respuesta a la pérdida o la separación	<p>¿Cómo comprende lo ocurrido?. ¿Encuentra o atribuye alguna lógica a los hechos? ¿Instigador? ¿Ha tenido sentimientos de rabia en el pasado?. ¿Y ahora?. ¿Sigue con sensación de miedo (de la violencia / guerra / nuevos terremotos...)? ¿Situación de trauma crónico? ¿Percepción del contexto político actual?.</p>
6. Recursos ante el Duelo Cultural	<p>¿Tiene creencias religiosas o de otro tipo? ¿Le ha sido posible expresarlas? ¿Qué cosas le sirven para enfrentar los malos momentos?</p>

Elaborado a partir de Pérez-Sales, P, Duran T, Bacic R (1999)⁹¹, Eisenbruch, M. ^{145146.}

o **Elementos para facilitar el duelo en las primeras horas.** Es importante cuidar todas las circunstancias que rodean a las condiciones de los supervivientes tras un hecho traumático. Así, por ejemplo:

- Condiciones de desescombro, extracción de cuerpos del lugar del accidente etc. Visión de personas mutiladas, deformadas u otras imágenes traumáticas. Percepción de falta de respeto en la manipulación o conservación de los cuerpos.
- Información clara a familiares y amigos sobre el destino de los restos
- Tacto en los procesos de autopsia extremando el cuidado en el aspecto del cuerpo al entregarlo a los familiares.
- Disposición de la morgue provisional, previendo espacios de intimidad
- Favorecer la realización de velatorios y rituales
- Prever espacios para las diferentes expresiones religiosas.

- Evitar las fosas colectivas u otros métodos de entierro masivo en ocasiones justificados por argumentos científicamente erróneos (por ejemplo el mito falso del riesgo de epidemias o de contaminación del agua por la descomposición de los cuerpos, los cadáveres en sí mismos no constituyen factores relevantes de riesgo sanitario).
 - Evitar la manipulación de la imagen con fines periodísticos o políticos externos a los fallecidos contra el criterio de familiares y amigos. Primar la sensibilidad de las familias y la comunidad sobre los intereses o el oportunismo del momento.
 - Máxima atención a todos los temas culturales relacionados tanto con los aspectos prácticos como simbólicos. No asumir nada como “normal” o dado, sino preguntar e informarse minuciosamente antes de tomar decisiones organizativas o realizar recomendaciones respecto a procesos de duelo en culturas no occidentales.
- **Prestar apoyo emocional o psicológico en los tramites policiales o judiciales** que pueda conllevar la investigación de los hechos. Evitar que pueda significar una retraumatización. Ayudar a entender la necesidad de separar el conocimiento sobre los hechos, de las emociones. Ayudar a preparar las labores de testimonio para evitar el bloqueo, la manipulación o la inducción de respuestas por parte de agentes de compañías de seguros u otros (por ejemplo, culpa por haber suministrado, en ese momento de confusión, información que no se deseaba suministrar).
- **Prestar atención especial a las formas de reparación.** Estas tienen componentes jurídicos, morales, económicos y otros. Algunos riesgos son :
- Las formas de reparación económica pueden llevar a vivencias de culpabilidad por recibir un beneficio económico que se puede asociar simbólicamente como derivado del fallecimiento del familiar.
 - Pueden provocar rupturas o división dentro de la familia sobretodo cuando son grandes cifras en medios deprivados socialmente
 - Pueden significar formas de acallar la protesta y evitar investigaciones para depurar responsabilidades.
 - Pueden significar formas de clientelismo político.
 - Pueden aumentar el aislamiento de los supervivientes o la polarización social si son administradas con discrecionalidad o con diferencias marcadas entre diferentes tipos de supervivientes.
 - Suelen olvidar las formas de reparación moral.

Resulta especialmente relevante la rapidez y la transparencia en la gestión de las ayudas, promoviendo en la medida de lo posible formas de reparación de carácter familiar o comunitario que fomenten la reconstrucción y reparación del tejido social dañado por la situación traumática o la catástrofe.

o **Vínculo terapéutico comprometido.** Diferentes autores han enfatizado la necesidad de realizar el acompañamiento a supervivientes de situaciones traumáticas provocadas por el hombre desde una actitud de compromiso humano y solidaridad¹⁴⁷⁻¹⁴⁸ que cuestiona en

ocasiones los límites tradicionales de la neutralidad terapéutica. Es lo que Elizabeth Lira¹³⁶ denomina el *vínculo comprometido* con el paciente. Considera que en ocasiones es requisito necesario para poder trabajar cuando una legítima desconfianza bloquea cualquier avance.

- o **Estimular los procesos de apoyo mutuo entre supervivientes.** Partiendo de la base que uno de los núcleos de las situaciones traumáticas es la imposibilidad de contar, de entender, de compartir, resulta especialmente relevante la elaboración del duelo de forma colectiva o a través de formas de expresión entre pares o grupal.

- o **Pensar en los aniversarios** y planificar, junto con los afectados, ceremonias colectivas, recuerdos, memoriales y otro tipo de elementos que contribuyan a la elaboración del duelo traumático.

7. Elementos de crecimiento post-traumático.

Uno de los retos de las psicoterapias contemporáneas es incorporar progresivamente formas de terapia basados en el desarrollo y la potenciación de los recursos de fortaleza y resistencia de las personas, no colocando el énfasis sólo en la mitigación de los problemas y debilidades.

Una corriente creciente de autores está trabajando en la incorporación de elementos para el fomento del crecimiento post-traumático en las fases avanzadas de la terapia¹⁴⁹.

o Definir y pactar el campo terapéutico usando términos normalizadores

El primer elemento es sentar las bases desde una de las primeras sesiones del *campo terminológico* y lo que este metafóricamente significa. Un trabajo de crecimiento postraumático es un trabajo con personas que han *sobrevivido* a hechos traumáticos. La designación como víctimas marca un espacio terapéutico simbólico ceñido a la *mitigación del daño*. Utilizar sistemáticamente la palabra *superviviente* significa colocar el espacio terapéutico en un contexto radicalmente distinto: el foco central no es (solo) el daño^a.

o Detectar y potenciar recursos propios

- En la narrativa del hecho traumático y a lo largo de la conversación terapéutica ir tomando nota en hoja aparte de aquellos elementos positivos o de fortaleza que pudieran ir surgiendo (reacciones, emociones, pensamientos, valores, ideales, recursos...) que permita en algún momento del trabajo terapéutico devolver a la persona una imagen positiva. Estos elementos pueden posteriormente constituirse en valores de cambio.

Acciones en esta línea serían:

- Detección de elementos positivos. Por ejemplo si una persona describe que no ha logrado dar una nueva casa a su familia pese a haber trabajado en prácticamente todo tipo de oficios desde el hecho traumático, por lo que se considera fracasado e inútil, es posible sugerir una imagen de si mismo como alguien “*perseverante*” y ver la resonancia de esta idea, explorando esta imagen positiva de si u otras similares.
- Preguntar directamente por elementos de resistencia a la adversidad: “*A pesar de que usted ha pasado por.... y por...., veo que ha sido usted capaz de.... y de..... ¿Cómo lo ha logrado?*”.
- Devolución: *Me dice usted que desde el accidente no consigue mantener ningún trabajo y es probablemente cierto, pero también lo es que consigue otro en apenas unos días... Es decir, quiero entender que...*

^a Corolario de esto es que hablar de la *victimología* como del estudio o apoyo a las personas que han sufrido hechos traumáticos o de violencia constituye probablemente un difícil punto de partida. Quizás debería estudiarse buscar terminologías alternativas.

- Promover el cambio desde los factores positivos: *Teniendo en cuenta que otra cosa quizás no, pero parece que perseverante lo es, quizás podríamos intentar proponernos algunas posibles vías para salir de esto... Difíciles, pero hechas para gente perseverante....*
- Habituarse a preguntar sistemáticamente por las estrategias de afrontamiento propias de la persona y tender a potenciarlas antes de proponer otras alternativas.
 - *¿Qué hace cuando le vienen las pesadillas?.*
 - *Salgo de la cama y me voy a pasear al perro. Eso me tranquiliza enormemente*
 - *¿Y si es a las tres de la mañana?*
 - *Mejor, las calles están serenas a esa hora. Mi familia se enfada porque dicen que es peligroso, pero a mí me va muy bien.*
 - *Bien, perfecto. No es lo usual, pero puede ser una buena idea. ¿Qué le parece si además antes de salir con el perro intentara escribir la pesadilla en una libreta y las trajera alguna vez para que las viéramos juntos....?*

Potenciar los recursos propios significa introducir preguntas que expliciten las estrategias de afrontamiento que está ya usando la persona y que resultan ser eficaces:

- *Memorias intrusivas.* ¿Qué es lo que hace cuando le vienen a la memoria recuerdos desagradables? ¿Cómo intenta enfrentarlos? ¿Eso funciona o parece que a veces no? ¿Qué podemos aprender de las veces en que esa táctica no funciona? ¿Por qué cree que cuando ocurre..... no y cuando sí? ¿Qué podríamos intentar para mejorar su táctica?
- *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?. ¿Cómo lo combate?
- *Detectar áreas de fortaleza personal:* ¿Qué mantendría en la situación actual? ¿Qué le gusta todavía de usted? ¿Qué dicen los demás en *positivo* de usted?

- **Aprender de las “excepciones”** para explorar las tácticas útiles.

“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? ¿Qué hizo? ¿Cómo se sintió?” etc

- **Buscar aprendizajes de situaciones pasadas.**

Por semejanza: *“Esto que ha pasado ahora ya le había ocurrido otras veces, creo. Cuando su padre tuvo un infarto y usted tuvo que hacerse cargo de la familia. Entonces era mucho más joven que ahora, con menos recursos. Y salió adelante... ¿Cómo lo consiguió? ¿Qué le sirvió?”.*

Por diferencia : “*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 funcionar?*”.

o Detectar y potenciar signos de cambio

➤ **Detección de emociones positivas actuales**, además de las negativas.

- “*¿Me dice que cuando ha visto los veinte tipos de prótesis de mano que existen le dio por reírse? Vaya parece que aún es usted capaz de reírse...*”
- *Por llamarle de algún modo...*
- *Bueno, el humor negro es uno de los recursos más potentes que tenemos cuando parece que las cosas nos van mal...*
- *Pues de eso a mi me sobra.*
- *¿Hay otros momentos en que haya sido capaz de reírse en estos días?*
- *Creo que no.*
- *Bueno, la verdad es que ahora lo está haciendo.*
- *Si...*
- *Es decir, que usted llora, siente rabia, impotencia, angustia.... pero también tiene humor negro, puede poner una cierta distancia y a veces.... a veces se ríe.*
- *Hombre, sí claro... No siempre va a estar uno jodido...*

Este proceso es delicado por cuanto la persona no debe percibir en ningún momento que se minimizan sus sentimientos o su sufrimiento. El terapeuta se limita a *señalar* que además de las emociones negativas, en estos días ha tenido también emociones positivas y que estas son tan rescatables como las otras, porque el objetivo no es (solo) *evitar las emociones negativas* sino buscar situaciones, pensamientos, acciones que *promuevan emociones positivas*.

➤ **Ayudar a detectar los signos de mejoría y establecer un horizonte de cambio positivo.**

En ocasiones la persona tiene una imagen desesperante de que no hay avances o estos son muy lentos y pasa por alto que si ha habido avances y que estos son signos de recuperación y esperanza.

- *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?*
- *Nada. Me siento igual que al principio.*
- *Igual no sé, pero hace un rato me preguntó si el antidepresivo podía hacer que tuviera problemas de eyaculación*
- *Si...*
- *Hace tres meses hubiera sido impensable que usted pensara en tener relaciones con su mujer*

- *Si, la verdad es que estamos mejor en este sentido. Vuelvo a tener ganas de ... bueno, los dos tenemos ganas...*
- *Y luego, bueno.... recuerdo las primeras consultas y tenía usted un rostro como bloqueado... hoy ha sonreído varias veces*
- *No si algo mejor estoy, no voy a decir que no. La verdad es que mejor estoy...*
- *¿Por qué cree que está mejor? ¿Qué cosas está haciendo para encontrarse mejor o que parece que le hacen sentirse mejor....?*

➤ **Utilizar modelos de cambio positivo. Pensar en ausentes significativos.**

Utilizar el valor simbólico de alguien (madre, hermano, profesor...) como elemento de referencia para buscar el cambio. Esto puede ser especialmente relevante en el caso de duelos traumáticos donde pudiera haber una *mitificación* del fallecido.

“¿Puede usted decirme a alguien a quien usted admire especialmente?. Su abuelo, un amigo, alguien conocido...

- *Mi novia. Parece que ella siempre sabe lo que hay que hacer.*
- *¿Qué le aconsejaría ella a usted en una situación así? ¿Cómo cree que enfrentaría ella este problema?.*
- *Bueno, no sé. Supongo que enseguida preguntaría en qué puede ayudar y se pondría a organizar cosas. Pero yo no se si tengo valor para eso.*
- *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? Quizás no como lo haría ella, pero ver en qué podría ayudar...*
- *Desde luego ella se sentiría orgullosa si fuera así...*
- *¿Y usted? ¿Se sentiría usted bien consigo mismo?*
- *Bueno, yo también claro... ”.*

o **Promover el optimismo disposicional**

Entendemos por optimismo una disposición o tendencia a prever que las cosas van a ir bien y que se van a lograr las cosas que se intenten. Se diferencia de la confianza ingenua en la valoración realista de las cosas pero buscando un análisis positivo de la realidad y sus condicionantes. Numerosos datos¹⁵⁰ resultan concluyentes en señalar que las personas optimistas gozan de mejor salud, logran más fácilmente sus objetivos y superan mejor y de manera más rápida las crisis que se les presentan. Existen modelos educativos y de psicoterapia que promueven el optimismo disposicional.

Preguntas de arranque pueden ser: *Después de lo que ha pasado ¿cómo cree que va a ser el futuro? ¿qué espera de las cosas? ¿tenemos alguna razón para pensar que pueden ir a mejor?.*

El optimismo se puede promover ayudando a marcarse retos que (a) no sean demasiado fáciles como para indicar que no es necesario ningún esfuerzo para salir adelante (porque en cuanto haya un problema serio, la persona se va a bloquear) (b) no sean excesivamente difíciles para prevenir los fracasos repetidos. Un sistema de retos progresivos y de reconocer el mérito de los logros progresivos permite ir desarrollando una

capacidad para enfrentar cada vez nuevos y mayores retos con la expectativa de que con habilidad y esfuerzo, es probable que acaben yendo bien^a.

o Elementos de comparación positiva

Este es un segundo nivel de intervención que requiere haber trabajado el anterior. Intervenciones prematuras pueden generar incomodidad o rechazo.

Es esencial, además, mantener el estilo indagatorio. Compárese estas dos intervenciones:

Situación (a). En las sesiones iniciales, con estilo directo:

- *Bueno, su marido murió, pero usted y su hijo están vivos. Otras han perdido a sus hijos...*
- *¿Y a mí que me importa lo que le pase a otras? Yo he perdido a MI marido, y ese no me lo va a devolver nadie.*

Situación (b). Tras algunas sesiones, sin un enfoque directo:

- *De entre todo el dolor que usted me ha descrito, ¿hay algo que podamos rescatar? ¿algo que no sea solo dolor?*
- *Me costaría..*
- *Inténtelo....*
- *Quizás que mi hijo esté vivo...*
- *Quizás que su hijo esté vivo...*
- *Si. Una compañera de trabajo perdió también a sus hijos. Si me ocurriera eso a mí creo que no lo soportaría...*
- *Si hubiera perdido a su hijo*
- *Si... Con él tengo algo por que luchar.*

Siguiendo estas pautas pueden explorarse diferentes caminos de comparación positiva:

➤ **Explorar las expectativas y preparación al hecho traumático y la realidad posterior.**

En ocasiones aunque los hechos fueron terribles en realidad no lo fueron tanto como las expectativas y las fantasías que se tenían del hecho.

- *Usted me comentaba que siempre pensó que lo peor que le podía ocurrir en la vida era que la intentaran violar. Ahora que ha pasado un cierto tiempo, si comparamos las cosas que usted se imaginaba cuando pensaba eso, con cómo fueron las cosas ese día ¿qué le viene a la mente? ¿Se imaginaba que las cosas eran así?*

^a No se trata de una creencia absoluta, la denominada *Creencia en un mundo justo*, que postula que cada cual tiene lo que se merece según su esfuerzo y cuyo corolario es que cualquiera puede llegar a presidente de los Estados Unidos (magnífico ejemplo de *confianza ingenua*), sino de una creencia relativa (a mí, en mi vida cotidiana, me va a ir mejor si creo en mí mismo, en que las cosas tarde o temprano me van a ir bien, y lucho por ello).

- No, no tiene nada que ver. Yo me imaginaba gritando, llena de pánico, corriendo con un tipo detrás que por mucho que corriera siempre me atrapaba... Algo así como la escena esa de las películas de terror con el tipo de la sierra mecánica...

- ¿Cómo fue en realidad?

- Bueno, todo fue muy rápido. No me dio tiempo a sentir pánico. Tenía una especie de calma fría. Era como si le pasara a otra. Tenía una calma asombrosa. Me miraba a mi misma desde fuera.-.. No se como decirlo....

- ¿Cree que reaccionó mejor de lo que hubiera creído?.

- En un sentido sí. El miedo me vino después, cuando estaba en la urgencia. Pero tampoco pánico. No, es cierto...

➤ **Explorar la posibilidad de comparación social.**

- Cada persona es distinta y los sentimientos son sin duda únicos. Pero si se comparara usted con otras personas que han estado en estas circunstancias, ¿cree que estaría en una situación mejor, peor o igual que los demás?.

- Peor

- ¿En qué sentido...?.

- El era el que traía el dinero a casa. No se que será de nosotros.

- ¿Eso le ha pasado a más personas?.

- A casi todas. El hundimiento de la mina nos ha dejado a todas igual. Todas las viudas estamos igual desde entonces.

- ¿Nadie les ha ayudado?

- Bueno, mi familia se ha volcado con nosotros. Hasta familia que no habíamos visto en años. En Asturias es así. No te ves, pero estás ahí. Y él tenía un seguro de vida con el que hemos podido cancelar la hipoteca de la casa. Otras la verdad es que están peor. Porque no tienen familia o porque sus maridos no estaban en el sindicato y ahora las están engañando con las indemnizaciones. A mi me asesoraron desde el primer momento y hubo un abogado que nos informó y nos defendió a todas...

- Parece que su marido había previsto que algún día las cosas pudieran ir mal y que usted se ha sabido mover muy bien desde entonces.

- Qué remedio toca...

o **Establecer un balance emocional**

Constituye un paso más. Los estudios con supervivientes de situaciones traumáticas muestran, de manera consistente, que el 100% de los supervivientes experimentan emociones negativas asociadas al hecho traumático, pero además entre un 50 y un 70% de afectados son capaces de evocar emociones positivas. Así, por ejemplo, en su ya clásico estudio con una amplia muestra de supervivientes de accidentes de tráfico que habían quedado parapléjicos, Wortman y Silver¹⁵¹ evidenciaron que estos reaccionaban bien y eran capaces de evocar en la mayoría de los casos emociones positivas : sentirse vivos, apreciar el apoyo de familiares y amigos, valorar pequeñas cosas de la vida, ilusión por pequeños avances en la rehabilitación etc.

Establecer un balance emocional significa no explorar sólo los sentimientos negativos asociados al hecho traumático (tristeza, angustia, impotencia...) sino poder abrir espacio y reconocer los pequeños instantes de felicidad.

A diferencia de lo que se trabajó en el primer nivel, en que se pretendía denotar emociones positivas *actuales*, en este segundo nivel se trabajan posibles emociones positivas *asociadas al hecho traumático*. Por eso solo es posible en momentos posteriores del tratamiento.

- *A pesar de que lo que ocurrió fue algo terrible, demoledor para la mayoría de personas, así y todo, a veces hasta en lo malo es posible encontrar cosas bellas o dignas ¿es usted capaz de pensar en algo positivo, algún pequeño momento de satisfacción o felicidad en estos días? ¿algo que quiera rescatar?*

- *Cuando nos ayudamos unos a otros para intentar construir sitios en que abrigarnos. Cada cual traía lo que tenía. Era terrible, pero de alguna manera también era emocionante. Eso recuerdo que, dentro del dolor, me conmovió...*

- **Explorar los elementos negativos y positivos de la respuesta ante los hechos.** Tan importante como *¿Qué ocurrió? ó ¿Cómo le ha afectado?* sería *¿Qué hizo usted para sobrevivir?. ¿Qué podría haber hecho pero en esas circunstancias no era posible realizar?. ¿Qué aconsejaría a otra persona que se encontrara en una situación parecida a la suya, si es que es posible aconsejar algo?.*

En este caso se trabaja considerando a la persona como el *experto*, invirtiendo los roles clásicos de la terapia. No es el médico el que *recomienda* lo que hay que hacer, sino que se le pregunta al superviviente *qué es lo que hay que hacer* en situaciones similares. Eso obliga a un ejercicio de rescate de elementos positivos o de búsqueda de alternativas

- **Utilizar consignas breves y claras entre sesiones que refuercen los mensajes positivos:** *“¿Cree que hay algo que le ayude especialmente a encontrar fuerzas 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 ve claro, pero que a lo mejor dentro de unas horas ya no lo tiene tanto”.*

Técnicamente hablando correspondería a utilizar una técnica de auto instrucciones positivas^{a65} en la que puedan irse balanceando los pensamientos autodestructivos o catastrofistas con otros alternativos elaborados conjuntamente por terapeuta y superviviente y que puedan esgrimirse como apoyo en momentos críticos.

^a Puede encontrarse una descripción paso a paso del uso de la técnica de auto instrucciones positivas en el contexto del tratamiento de situaciones traumáticas en Meichenbaum D. (1994) *Treating post-traumatic stress disorder. A handbook and practice manual for therapy.* Wiley and Sons.

o El reto de ser normal

En toda situación cronicada como son 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*. Esto entronca no sólo con las seguridades que proveen las costumbres adquiridas, mitigadoras del impacto emocional del trauma, como con la sensación de alineación respecto al resto de las personas que no han estado en esta situación.

La persona puede haber construido una serie de hábitos y rutinas en todos los planos de su vida que, aunque le son disfuncionales y 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 que se está realizando.

Es necesario plantear directamente la situación y proyectarla como un reto. Una metáfora terapéutica posible es que el cuerpo ha caminado torcido mucho tiempo porque era un modo de aminorar el dolor, pero que eso ha ido provocando un desgaste de la columna y los huesos que ya no es tolerable. Enderezarlo puede dar grandes dolores de espalda y una sensación de mareo hasta que la vista y el cerebro se acostumbren a la nueva perspectiva, 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, intentando explicitar a qué se tiene miedo exactamente y cuales podrían ser las consecuencias de cambiar algunas de las pautas actuales.

o Explorar cambios vitales positivos

Explorar cambios vitales positivos. Los estudios de Tedeschi y Calhoun¹⁴⁹ y otros han profundizado sobre los elementos de cambio que los supervivientes han presentado con el paso de los meses tras un hecho traumático: (a) Cambios en la percepción que se tiene de uno mismo. (b) Cambios en la relaciones interpersonales (c) Cambios en la filosofía de la vida. La tabla anexa detalla los 21 ítems del Inventario de Crecimiento Post-Traumático como una guía para iniciar el diálogo sobre estos aspectos.

*Post-Traumatic Growth Inventory*¹²⁹

1. *He cambiado mis prioridades sobre lo que es importante en la vida*
2. *Aprecio más el valor de mi propia vida*
3. *He desarrollado nuevos intereses*
4. *Tengo un sentimiento más fuerte de confianza en mí mismo*
5. *Tengo una mejor comprensión de algunas cuestiones espirituales*
6. *Veo de manera más clara que puedo contar con la gente en momentos de crisis*
7. *He establecido un nuevo ritmo para mi vida*
8. *Tengo un mayor sentido de cercanía hacia los demás*
9. *Estoy más dispuesto a expresar mis sentimientos*
10. *Ahora sé mejor que puedo enfrentarme a los problemas*
11. *Creo que puedo hacer cosas mejores con mi vida*
12. *Puedo aceptar mejor las cosas tal como vienen*
13. *Puedo apreciar mejor el cada día*
14. *Han aparecido nuevas oportunidades que, de no haber pasado esto, no habrían sucedido.*
15. *Tengo más sentimientos de compasión hacia los demás*
16. *Pongo más energía en mis relaciones*
17. *Ahora intento más cambiar aquellas cosas que deben cambiarse*
18. *Tengo una fe religiosa mas fuerte*
19. *Descubrí que era más fuerte de lo que en realidad pensaba*
20. *Aprendí mucho sobre lo extraordinaria que llega a ser la gente*
21. *Acepto mejor que necesito a los demás*

Factores : (I) Relación con los otros – Ítems 6,8,9,15,16,20,21 (II) Cambios en la vida – Ítems 3,7,11,14,17 ; (III) Percepción de si mismo - Ítems 4,10,12,19 (IV) Creencias - Ítems 5, 18 (V) Sentido de la vida - Ítems 1,2,13

Traducción libre. Versión no validada.

Un paso más allá consiste en promover cambios vitales positivos. Esto es lo que postula el propio Víctor Frankl como núcleo de su terapia existencial. La crisis es vivida como una oportunidad para reevaluar lo que ha sido la vida hasta ahora y para buscar un nuevo sentido a la existencia¹²⁰

En el modelo concreto de Frankl se trabaja de manera intensa el concepto de sufrimiento. Este es visto como un fin en si mismo y como un camino de superación. Junto a esto, la necesidad de dotar a la vida de un sentido superior (en su caso cristiano, pero no necesariamente, según el propio Frankl, cristiano).

Existen múltiples vías para trabajar este tercer nivel. Una posibilidad especialmente útil es utilizar lecturas que puedan ser posteriormente comentadas individualmente o en grupo^a.

^a Se puede sugerir como textos de trabajo en esta fase, dependiendo de las perspectivas personales del superviviente y con lo visto en la terapia con él hasta ese momento: *Siddharta* de Herman Hesse (el camino como fin en si mismo), *La Resistencia* de Ernesto Sábato (los valores esenciales frente a la post-modernidad) y *La Peste* de Albert Camus (reflexionar sobre la muerte como hecho) con adolescentes; *La Conquista de la Felicidad* de Bertrand Russell (insatisfacción crónica y felicidad), *Crónica del Mundo Oscuro* de Paul Steinberg (culpa traumática), *Viaje a la Memoria* de Carlos Martín Beristain (dignidad y resistencia, esperanza y lucha hasta en los peores contextos), y *El Hombre en Busca de Sentido* de Víctor Frankl (trascendencia y espiritualidad) con adultos.

o Prevención de recaídas: desarrollar estrategias de resistencia.

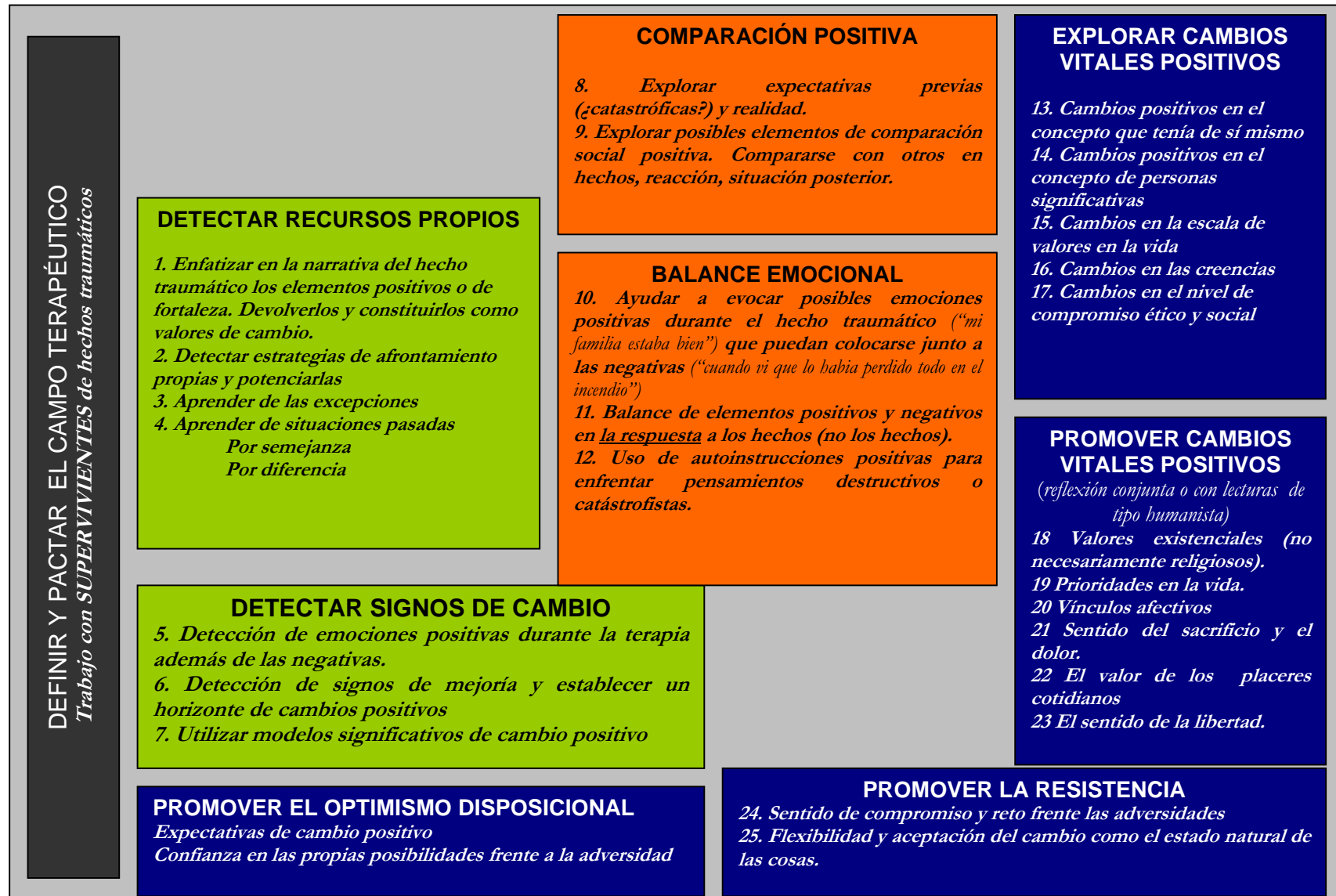
Todo lo anterior, especialmente lo referente a la promoción de posturas de optimismo inteligente, lleva a la prevención de futuras situaciones de crisis.

Como valores adicionales que pueden trabajarse estarían:

- 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.

- Flexibilidad. Una de las reacciones habituales tras una experiencia traumática es una rigidificación de costumbres y esquemas en busca de seguridad. Es útil reflexionar sobre la necesidad de aceptar que el *cambio* y el *conflicto* son el estado natural de las cosas. Como metáfora terapéutica es útil pensar en el nadador y las olas. Un cambio (ola) no es visto, desde la óptica del nadador consumado, como una amenaza que puede hundirle, sino como un vaivén en el que si sigue moviendo los pies, el cuerpo subirá y bajará al compás del agua con una sensación que, además, es placentera. Solo si se tensa y deja de moverse, puede estar en peligro.

Elementos para una psicoterapia positiva de las situaciones traumáticas.
Cada color representa un estadio creciente y más complejo de trabajo terapéutico.



8. Técnicas de conexión emocional.

8.1. Terapia por el juego – Terapia por el arte

Las formas de terapia a través 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. Esto puede ocurrir por razones propias de la edad o por las connotaciones de la situación traumática.

Así, por ejemplo, la terapia de juego en grupo parece ser una de las formas de psicoterapia de elección en niños que han sufrido abuso sexual. Existen múltiples variantes (teatro, figuras de arena o plastilina, cuentos inacabados....) que comparten los elementos propios del uso terapéutico de los mitos, metáforas y leyendas.

El juego y el arte como metáfora en la psicoterapia de reacciones post-traumáticas

Permiten realizar de una manera poderosa :

- (1) **una función de espejo**, en la cual superviviente empieza a asociar su vida con el juego, la narración o la forma de expresión artística, reflejando en ello su problema y las emociones asociadas al mismo,
- (2) **una función de modelo**, cuando los juegos, las historias o las representaciones proponen soluciones y nuevos puntos de vista para el problema,
- (3) **una función mediadora** por cuanto al establecer un espacio lúdico como espacio de trabajo se disminuyen las defensas, Se habla en un espacio neutro, mítico, que permite esquivar la vergüenza, las inhibiciones, el ridículo o la culpa,
- (4) **una función mnemotécnica** el ejemplo y las vías de resolución quedan fácilmente en la memoria por el componente vivencial,
- (5) **una función desdramatizadora** A través de la narración se permite quitar trascendencia al tema cuando este tiene componentes emociones difíciles de contener.

En suma, a través del juego y el arte se construye un espacio alegórico en el que jugar la partida del conflicto emocional, que terapeuta y superviviente comparten y entienden y que evita muchos de los problemas de las terapias denotativas o explícitas.

Excede al propósito de esta guía detallar las múltiples técnicas propuestas en la literatura sobre las que existen diferentes manuales disponibles.

8.2. Maniobras gestálticas

La terapia gestáltica busca la recreación de la situación temida real o imaginaria, para poder actuarla y de una manera simbólica, entrar en conexión con el conflicto que subyace a los síntomas. Existe un amplio abanico de técnicas:

Principales maniobras gestálticas en el tratamiento de respuestas traumáticas

1. Diferentes modalidades de *ponerse en el lugar del otro*

Por ejemplo, en el caso de una situación de relación abusiva justificada por síntomas postraumáticos, pedir a cada miembro de la pareja que asuma durante un rato, en la consulta, el papel del otro y que representen una situación evocadora de sus dificultades diarias. Analizar posteriormente los sentimientos y pensamientos que respecto a uno mismo, al otro y a la interacción la situación ha despertado.

Una variante es la de **intercambio de roles en grupo**. *Por ejemplo realizar una sesión de grupo durante la cual los hijos asuman y hablen desde el rol de los padres y viceversa.*

2. Ejercicios de silla vacía. Delante de la persona se sitúa una o varias sillas vacías que representan un escenario temido (p.e. el marido golpeador en una relación abusiva) o alguien ausente con quien quedan temas pendientes o emociones no resueltas (por ejemplo la mujer desaparecida hace años en un accidente en el caso de un viudo). En dicho espacio se pretende (a) estimular la generación de nuevas soluciones, ensayar su viabilidad (b) abrir un espacio de comunicación con el ausente que permite decir todo aquello que quedó pendiente (dolor, rabia, afecto, ausencia...). (c) Desarrollar una mayor tolerancia y comprensión hacia las posiciones del otro significativo. Trabajar la polarización, explorar nuevas posibilidades de llegar a acuerdos...

Múltiples variantes según la situación concreta y la imaginación del terapeuta. Por ejemplo:

- o *Cada cual se coloca imaginariamente en el lugar de la persona significativa con la que tiene el conflicto pendiente y se **habla a sí mismo** desde ahí.*
- o *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?)*
- o *Que la persona hable con la otra mitad de sí mismo (una mitad protectora, frente a otra que se daña a sí mismo).*
- o *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.*

3. Técnicas de desdoblamiento. El objetivo es verse a sí mismo “desde fuera” para ser más conscientes del efecto que provocan las reacciones de la persona en los demás y modelar formas más adecuadas de enfrentar las situaciones. Para ello y en el contexto de un grupo, una persona se **desdobla** en otra, mientras que alguien del grupo **hace de él mismo**.

Por ejemplo alguien representa al agresor mientras que otra persona del grupo representa al superviviente e intenta hacer lo que cree que él haría. Luego se confronta: “Me enfadó que...”, “Yo no habría dicho que...”, “Es verdad que probablemente habría..... y eso me generó rabia y más ganas de machacarle. Me vi fuerte, pero también ridículo....” etc

Otra variante es la denominada del **doble de mí mismo**. En ella se explica al grupo: “*Todos somos a veces heroicos y a veces cobardes, a veces extrovertidos y a veces con ganas de estar solos. Pero solemos preferir una de las dos caras. Vamos a explorar la cara no habitual. Tras representar una escena (“llegamos a una zona devastada por un terremoto.....La gente está hacinada en tiendas de plástico, sin agua y con poca comida ¿por dónde empezar?”) se analiza la manera espontánea de reaccionar (“Me pareció que debía resolver aquello de algún modo, me vi desbordada, quería huir, no sabía qué hacer, no podía pararme a pensar, al fin junté a los niños para ver los que estaban peor de salud y cuidarlos, pero me parecía que en el fondo estaba huyendo...”)* y se buscan maneras alternativas (“*Voy a volver a representar la escena pero forzándome a sacar mi otra cara, la cara fría y racional de cuando estoy en el Banco con los clientes. Ahora... creo que ahora asumiría que aquello es un caos y seguirá siéndolo por algún tiempo y que nadie espera que tenga la solución mágica. Pensaría cuidadosamente cómo conseguir recursos y empezaría a hacer llamadas de teléfono....”*).

Las maniobras gestálticas requieren de habilidades terapéuticas importantes, y solo son recomendables cuando se dan condiciones adecuadas. En caso de no ser así no deben emplearse por su peligro potencial de dejar a la persona en situación peor a la que estaba.

Condiciones para el uso de técnicas gestálticas

1. Las indicaciones tipo son aquellas en que se logra sintonizar con otras argumentaciones distintas a las recurrentes del superviviente, desbloqueando su posición personal frente a un tema.
2. La contraindicación tipo es la búsqueda a través de una *silla vacía* de una reacción de catarsis en un paciente que el terapeuta considera “bloqueado” emocionalmente (que *no se permite sentir*). Por ejemplo, sentar frente a una madre a su hijo torturado y desaparecido.

Este tipo de intervenciones suelen ser espectaculares y desastrosas, porque fuerzan procesos para los que la persona no está preparada. Utilizar las técnicas gestálticas buscando una sintonía emocional desbloqueadora requiere un excelente conocimiento de la persona, una gran confianza terapéutica, habilidades para el manejo de crisis y compromiso ético de seguimiento del paciente en las semanas posteriores para controlar las consecuencias a medio término de actualizar violentamente los conflictos. Existen suficientes técnicas disponibles como para que raramente se requiera recurrir a este tipo de acciones.

8.3. Trabajar con sueños.

En la mayoría de culturas del mundo los sueños son una de las vías privilegiadas de acceso al conocimiento. Compartir los sueños de la noche anterior durante la mañana y discutir en grupo la interpretación y los avisos que pudiera haber en el sueño de cada cual con la ayuda de personas de referencia dentro de la cultura, es una herramienta poderosa de análisis y reestructuración⁹¹.

9. Procesos comunitarios y formas sociales de mitigación del daño.

Aceptando, como se veía en la Parte 2, que las condiciones post-trauma del superviviente son decisivas en la evolución, será necesario tener estas en cuenta dentro del proceso terapéutico evitando disociar a la persona de su contexto.

Por su importancia destacan:

- ❑ Conmemoraciones, monumentos y espacios de reconocimiento simbólico.
- ❑ Procesos de justicia y verdad. Lucha contra la impunidad.
- ❑ Procesos de recuperación de la memoria histórica.
- ❑ Formas de mitigación del daño (*reparación*) de carácter económico, social u otras, con una perspectiva individual o comunitaria.
- ❑ Espacios de reconocimiento social del sufrimiento (películas, libros, debates...)

Su análisis detallado excede los propósitos de esta guía, pero si debe enfatizarse la complejidad que entrañan.

10. La mirada hacia el terapeuta: algunos elementos contra transferenciales.

Trabajar con supervivientes de situaciones traumáticas conlleva situaciones especialmente difíciles para el terapeuta. Especialmente relevantes inicialmente, deben tomarse en cuenta las siguientes:

- Cuando alguien transmite un sufrimiento intenso ligado al absurdo, el terapeuta puede sentirse parte de ese “mundo exterior” que le ha provocado tanto daño al otro, y ello llevarle a colocarse en una posición simbólica de ser “aquel que va a reparar al otro” por todo lo que le ha pasado, el que por fin se sienta junto al doliente, le entiende y le brinda lo que se merece. Esta actitud bienintencionada es insostenible, porque supone que el terapeuta se carga a sus espaldas la responsabilidad de ser el representante del mundo. El mundo le debe algo y yo soy el designado para restaurar el equilibrio. Esto genera a la larga una tremenda angustia al verse el terapeuta abocado a una tarea enorme, inmensa e inabordable. Lo que parecía, de manera simplista, que tenía que ver con algunas sesiones de catarsis se puede convertir en algo mucho más largo y complejo. De la inicial omnipotencia (“si logro que lo cuente, mejorará espectacularmente”) puede pasarse a la impotencia al ver que el relato repetido una y otra vez de modo estereotipado y prolijo de los hechos no conduce a nada.
- Este tipo de situaciones, pueden ser incrementadas por los comentarios del propio paciente (“usted si me entiende”; “le he contado cosas que jamás le había contado a nadie”), alimentando la angustia del terapeuta. Ni sesiones de duración inacabable, ni la lectura de libros como éste, ni llevarse el paciente en la mente a casa parecen bastar para encarrilar la tarea. Al final, la omnipotencia inicial (por llamarla de algún modo) del terapeuta puede trastocarse en impotencia y frustración, pensando que nada sirve y que una y otra vez se vuelve a lo mismo en sesiones interminables.

El problema de base no es la terapia (que en los casos severos es un trayecto de muy largo recorrido que puede tomar años) sino la propia posición en que se ha colocado el terapeuta (o en que ha dejado que, sin querer, le coloque un paciente que ha depositado sobretodo en él lo que en todo caso es trabajo conjunto).

Un indicador de este tipo de situaciones son las sesiones de frecuencia y duración excesivas en que el paciente hace un volcado de horror que es recibido de modo pasivo por el terapeuta que no hace más que preguntarse : Y ahora, ¿qué hago yo con esto?.

- Una continuación de esta dinámica pueden ser las situaciones en las que el paciente, no necesariamente de manera consciente, pone a prueba al terapeuta. Demandas de cambios de horario que implican sacrificios, consultas fuera de hora o retrasos, mensajes de no ser suficientemente atendido, ofensas o pequeñas traiciones etc, serían avances en esa transferencia de la responsabilidad de lo que ocurre al terapeuta y de un terapeuta que no sabe recolocar las cosas en el término medio (el trabajo en equipo

entre ambos) y al que le cuesta manejar su propia culpa por no haber vivido lo mismo que vivió el paciente. Es necesario un tacto extraordinario y un gran equilibrio para ceder, al menos en los estadios iniciales del tratamiento y de manera controlada y razonable, a algunas de estas demandas, pero no desde la propia angustia o desde el miedo a “perder” al paciente (que no sería un buen espacio de trabajo), sino desde el genuino deseo de que éste sienta que está acompañado y que pese a los vaivenes, el terapeuta sigue estando siempre con él.

- A medio y largo término, el horror satura. Lo decían varios de los testimonios que analizamos en la primera parte. Esa saturación puede reflejarse de varios modos: (a) estableciendo una distancia afectiva, “profesional”, con la narración, una actitud que hace que se registren mentalmente los hechos, pero no el horror que conllevan (b) actitudes involuntarias de minusvaloración del sufrimiento de un superviviente, comparándolo con el de otros supervivientes. Cada persona es distinta en su dolor y no tiene sentido establecer jerarquías. (c) sensación de cansancio y agotamiento constante, signos de impaciencia ante la escucha de hechos traumáticos.

El paso, en suma, de una sobreimplicación a una distancia emocional y al deseo no expresable de que, por ejemplo, el paciente no acuda a la cita.

Es necesaria en algunas ocasiones, frente a esto, la supervisión individual o en grupo de casos para poder tener una mirada externa y un apoyo, además de medidas de sentido común: respetar los espacios personales, mantener el marco terapéutico dentro de los límites comúnmente aceptados y analizar las razones del cansancio acumulado y las medidas personales a tomar.

ANEXOS

Anexo 1. Elementos generales de una entrevista terapéutica de apoyo en crisis. Guía básica para la formación de voluntarios

Elementos generales de una entrevista terapéutica de apoyo en crisis. Guía básica

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...). Se recomienda utilizar un proceso formativo a través del debate y la puesta en común a partir de la experiencia de quienes hayan realizado tareas de apoyo emocional en el pasado, proveyendo el suficiente tiempo para realizar ejercicios simulados de rol-playing en el que todos pueden al menos una vez experimentar directamente el rol de ayudador y el de ayudado

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.

- Esto es especialmente importante en el caso de las ideas de suicidio. Quien está pensando en ello, encuentra alivio al ser preguntado directamente sobre ello. 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 la persona como una manera de ayudarlo 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 papel del apoyo en crisis consiste en ayudarlo a **ordenar** las ideas SIN decir nunca lo que el otro debe hacer.

Existen múltiples razones para ello: cada persona debe tomar sus decisiones y eso es parte del proceso de fortalecimiento y autoconfianza. Además, en ese 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 la persona a que ordene los argumentos e ideas a favor y en contra. En este proceso es bueno:

- Ayudarlo 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 como posibles caminos.
- Pensar en que es posible simplemente 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 la persona pueda tener.
- Ayudarlo 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 en la persona 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 asesoramiento 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 él puede controlar sólo 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 con la persona esta ya cambie y resuelva su problema.

6. **Aceptar sin juzgar.**

La persona que apoya debe poder mostrar al otro una aceptación incondicional, sin emitir juicios de valor sobre su comportamiento.

. Así, 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 a la persona 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 horas 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, para todas las mujeres, el mejor método anticonceptivo.

9. Pedir a la **familia y 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

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 nosotros, 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, un persona 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 las personas a las que se da apoyo para poder tener su respeto.

Anexo 2. Creencias básicas con relevancia en el impacto de situaciones traumáticas

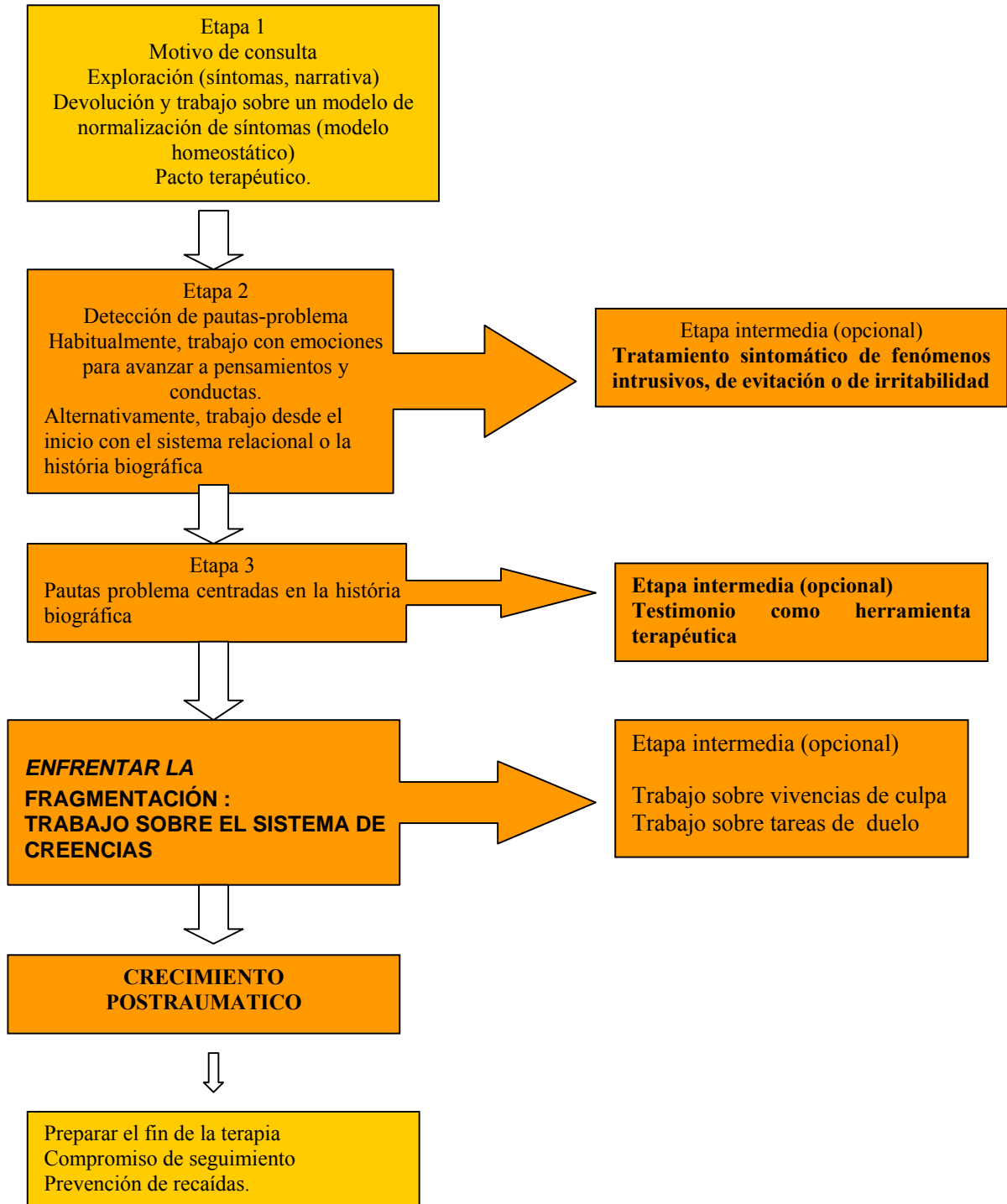
	Confianza en los demás	Satisfacción	Control sobre la propia vida	Predictibil. /Seguridad	Bien / Mal absoluto	Mundo Justo 1 Sujeto	Mundo Justo 2 Sociedad	Frecuent. Sentido Vida	Suicidio justificable
Argelia	11.2	31.7	41.9					49.7	6.3
Egipto	37.9	43.5	42.8					51.7	5.4
Irán	65.3	36.6	39.1					45.8	5.5
Jordania	27.7	23.6	51.1					60.2	2.9
Marruecos	23.5	29.5	40.1		18.3			74.9	1.8
Argentina	15.4	54.0	54.9		57.4			51.4	22.3
Brasil	2.8	52.9	55.0		50.8			37.1	22.6
Chile	22.8	46.5	45.6		43.7			50.4	28.6
Colombia	10.8	76.2	67.7		59.1			70.4	17.9
El Salvador	14.6	57.5	56.4		45.0			53.5	6.0
México	21.3	71.6	71.0		53.4			44.1	17.6
Perú	10.7	35.6	51.4		43.1			53.7	25.0
Australia	39.9	40.9	58.4		55.8			44.3	52.5
EUA	35.8	60.2	68.4		46.6			58.1	43.0
Austria	33.9	69.1	54.4	19.4	73.3	32.4	21.8	33.7	53.3
Francia	22.2	44.3	33.7		66.8	11.4	44.3		73.6
Alemania	34.8	61.7	49.0		58.7	28.4	36.9	22.0	46.3
Noruega	65.3	63.9	46.4		67.3			32.2	47.7
Estado Español	36.2	42.8	37.3	57.0	54.4	19.6	48.4	22.2	48.2
Gran Bretaña	29.8	57.1	51.8		53.8	24.6	30.5	24.4	60.7
Bosnia-Herzegov	15.8	24.7	33.3		38.9			41.1	19.7
Croacia	18.5	37.9	43.2		60.0	11.9	69.7	40.9	16.2
Serbia	18.8	26.2	31.4		44.9			38.5	26.7
Irlanda Norte	39.5	69.7	56.4		48.1	29.0	27.6		32.0
China	54.5	39.2	51.5		54.6			32.3	17.1
Japón	43.1	36.4	21.4		69.3			25.8	51.7
Corea Sur	27.3	31.2	48.4		63.0			41.4	49.2
Viet Nam	41.3	31.5	54.0		35.3			58.3	14.5
India	41.0	9.5	22.8		61.8			36.2	27.6
Bangladesh	23.5	23.0	21.6		50.6			46.8	0.7
Pakistán	30.8	4.8	4.8					35.5	3.5
Indonesia	51.6	40.8	49.1					58.3	2.5
Singapur	16.9	48.0	43.4		60.7			32.0	31.4
Azerbaijan	20.5	27.3	33.3		37.3			42.1	27.4
Rusia	23.7	18.5	26.4	65.6	57.9	22.9	22.2	48.6	33.0
Letonia	17.1	19.9	26.6		54.1	29.1	32.4		24.5
Ucrania	27.2	16.7	24.6	55.2	54.1	17.0	26.0	50.8	26.8
Nigeria	25.6	46.3	52.4					55.8	23.8
Sudáfrica	11.8	29.5	44.7		33.9			56.3	35.0
Zimbabwe	11.9	12.7	36.7		39.2			69.5	7.0
Uganda	7.6	25.1	52.7		37.2			59.2	6.9
Tanzania	8.1	18.3	39.1		27.1			84.4	4.4
Media ± SD	27 ± 15	38 ± 18	43.6 ± 14	49 ± 20.4	50.7 ± 12.3	22.6 ± 7.4	35.9 ± 14.7	47 ± 14	25 ± 18

Fuente : Elaboración propia a partir del Human Values Survey (2001).

- (1) Confianza en los demás [Puede confiarse en la mayoría de la gente (1) Si (2) Hay que ser muy cuidadoso]
- (2) Satisfacción en conjunto con su vida [De 1 (Muy Insatisfecho a 10 Muy satisfecho); (Porcentajes combinados de 8+9+10)
- (3) Libertad/Control sobre la propia vida [Algunas personas consideran que tienen completa libertad y el control sobre lo que pasa en sus vidas. De 1 (Ningún control en absoluto) a 10 (Completamente), ¿puede indicarnos...?]
(Porcentajes combinados de 8+9+10)
- (4) Seguridad / Predictibilidad / Confianza en el futuro [Es mejor vivir día a día por la incertidumbre que siento respecto al futuro]
- (5) Bondad / Mal absoluto (a) Hay una clara distinción entre el bien y el mal. Esto puede aplicarse a cualquier persona, cualquiera que sean las circunstancias (b) Nunca hay una clara distinción entre el bien y el mal. Lo que es bueno o malo depende de las circunstancias del momento. [% de respuesta "b"]
- (6) Mundo justo. [¿Por qué hay gente con graves necesidades? (1) Por su propia falta de voluntad o de energía (b) Por la existencia de injusticias sociales
- (7) Trascendencia. [¿Con qué frecuencia piensa usted sobre el sentido de la vida? (De 1 Nunca a 5 Muy frecuentemente)
(% - 5 Muy frecuentemente)
- (8) ¿Considera usted que bajo determinadas circunstancias es justificable el suicidio?

Anexo 3. Psicoterapia de situaciones traumáticas: esquema global de trabajo.

El siguiente podría constituir un esquema de trabajo:



Sección 2.

**CULPA. ELEMENTOS PARA UNA PSICOTERAPIA
ESTRUCTURADA.**

Pau Pérez-Sales

Parte 1. Los conceptos de la culpa: elaboración a partir de recuentos personales.

1. Culpa, trauma y duelo.

Muchos de los elementos que hacen especialmente compleja la psicoterapia de la culpa, desde el punto de vista psicoterapéutico, son aspectos compartidos con el duelo y el trauma, con los que muchas veces se presenta de manera entremezclada. Los tres comparten:

- a) Se produce por hechos o acontecimientos del pasado^a, y en todo caso vividos como *irreversibles*. Es decir, es un sufrimiento psicológico en relación con algo que se hizo (culpa), que se perdió (duelo) o que impactó de manera amenazante a la persona (trauma). La terapia gravita sobre el carácter de *irreversibilidad en el tiempo*.

Las frases que ejemplifican esto en la terapia son : “Nada de lo que usted me diga podrá cambiar lo que ha pasado”. “Nada me lo podrá devolver”, “Ojalá nunca hubiera sucedido...” etc

Aunque es posible aprender del pasado (crecimiento post-duelo, post-culpa o post-trauma), gran parte del trabajo tiene que ver con manejar los sentimientos generados por hechos sobre los que no se posee ya control.

- b) Tiene una estructura *camaleónica*, encontrando su expresión en la vida de la persona en ocasiones de manera directa (la persona expresa su malestar psicológico e identifica directamente la fuente del mismo), pero más frecuentemente de manera indirecta, a través de la presencia de *indicadores* del malestar psicológico : tristeza, agresividad, conductas paradójicas, sumisión inapropiada, angustia, hipomanía compensadora o cualquier otra de múltiples posibilidades.

P.e. Diferentes estudios muestran como existen mayor distrés psicológico y una evolución peor en pacientes con esquizofrenia cuando existe vivencias de culpa en los familiares de primer grado¹⁵². La culpa es, en este contexto, una emoción poco lógica y por tanto difícil de expresar, y que juega un rol importante expresándose de manera indirecta a

^a *Strictu senso* esto no es cierto. Puede existir culpa por algo que uno *teme hacer*, existir un *duelo anticipatorio* por una pérdida próxima, o reacciones postraumáticas vicarias, es decir, de situaciones imaginadas o sobre las que se ha escuchado una narración, y que no han sido vividas directamente. El núcleo fenomenológico no es tanto el hecho de estar en el pasado como la *vivencia subjetiva de irreversibilidad*.

través de conflictos recurrentes aparentemente incomprensibles, de quejas por otros temas, de falta de un decidido estímulo familiar frente a los síntomas negativos del paciente etc.

c) Como veremos más adelante, existen razones por las que el paciente se cuida, con frecuencia, de que la culpa no emerja en la psicoterapia : el dolor asociado a la misma, la acción selectiva de la memoria con ciertos recuerdos dolorosos, el hecho de que admitir la culpa es admitir la posibilidad de la existencia de una responsabilidad real etc.

A ello hay que unir otros factores (su carácter, con frecuencia, aparentemente ilógico, la resistencia al razonamiento, la aleatoriedad con que aparentemente aparece, su carácter invalidante) que la hacen ser uno de los mayores retos al que se enfrentan terapeuta y paciente en el trabajo conjunto

J. estaba en tratamiento psiquiátrico por depresión desde hacía años. Muchas veces había comentado a su mujer que creía que ella ya no le quería y que con sus depresiones, pronto le dejaría por otro hombre. Dentro de los reproches que le hacía, con frecuencia hablaba de que algún día "iba a hacer algo".

Tras numerosos años de esta dinámica, comenta un día a su mujer que se va a una reunión de ejecutivos de la empresa fuera de la ciudad y que ese día volverá tarde. A ésta le extraña no haber sabido antes de la reunión y tiene un mal presentimiento por la manera en que se lo dice, pero no pregunta más. El le da un beso, que a ella le parece recordar luego como emocionado, y se va. Cuando por la noche la mujer llama a un compañero de la empresa, éste le cuenta que él no ha sabido de que exista ninguna reunión. La policía le encuentra horas después parado en el arcén de una carretera del extrarradio, dentro de su vehículo. Ha ingerido una dosis letal de uno de los productos cosméticos que comercializa la empresa.

M., su mujer, está mal. Por una parte había llegado a acumular mucho resentimiento contra J., por sus continuas demandas de atención. Por otra le quería mucho y no puede evitar recordar obsesivamente ese último beso de "despedida". Se siente culpable de no haber atendido a sus presentimientos. Hace tiempo decidió no hacer caso de esas expresiones de suicidio, porque sabía que eran formas de chantaje emocional para lograr que no fuera tanto a visitar a sus padres y permaneciera más tiempo pendiente de él. El médico le confirmó que no debía dejar de atender a sus padres por las amenazas de él. Ella cree que hizo lo correcto, pero ahora no puede evitar sentirse culpable por no haberle hecho más caso cuando entraba en sus círculos de quejas y quejas.

El hijo mayor se siente también culpable y ha empezado a abandonar los estudios. Tenía una buena relación con el padre, pero tuvieron varios enfrentamientos. Poco antes del suicidio el padre le empujó regañándole por negarse a bajar la basura y el hijo le insultó delante de otros familiares. Ahora no puede sacarse de encima la mirada del padre en aquel momento.

La hija pequeña está, en palabras suyas, "muy enfadada" con su padre. Piensa que fue un cobarde y que con su decisión egoísta les ha destrozado la vida. Cuando se le pregunta, niega con violencia que tenga ninguna vivencia de culpa. Pero al cabo de unas semanas reconoce a la madre llorando, que no hace más que pensar que tenían que haber llamado antes a algún compañero de la empresa para preguntar si de verdad había esa reunión.

Los padres de J. creen que su hijo tenía una enfermedad mental, y que ellos "ya lo sabían desde joven" porque "este chico siempre fue raro". Creen que deberían haberlo llevado al médico cuando era niño y probablemente se habría podido evitar lo ocurrido ahora.

Un compañero de trabajo, encargado del almacén y amigo desde hace más de veinte años, no puede dejar de pensar en que debió obtener el producto en la fábrica unos días antes y él debería haberse dado cuenta, porque es el responsable del estadillo de almacén. No se perdona que la rutina le hiciera tener un fallo. Los compañeros le repiten, inútilmente, que todos los comerciales

solían tomar muestras del almacén para los clientes que no registraban en salida, pero él sigue pensando que J. se suicidó por una negligencia personal suya. Está de baja por depresión.

En esta familia:

- o Cada uno tiene una excusa^a para sentirse culpable. Ante un hecho de la vida cotidiana *siempre es posible* sentirse culpable de algo.
- o La esposa, M., sabe que hizo lo correcto manteniendo su trabajo, su hijo que tenía una buena relación con el padre, la hija que en general nunca habían llamado a los compañeros de la empresa para nada y que de hecho habría sido una llamada rara, los abuelos que era imposible que J. no se hubiera casado con M. y se hubiera ido del pueblo y el compañero de trabajo que la cantidad sustraída era tan pequeña que hubiera sido rarísimo detectarla, a no ser el inventario final de cierre de año. No necesitan que se les diga que cada una de las razones por las que cada uno de ellos se siente culpable, está basada en elementos que son refutables desde la lógica. Y pese a ello no pueden, en mayor o menor medida, y según cada caso, evitar sentirla.

Retos y complejidad en la psicoterapia de la culpa.

- o Percepción de irreversibilidad del hecho que la origina
- o Expresión camaleónica de síntomas.
- o Raramente manifestada de manera espontánea
- o Carácter ilógico, poco reductible al razonamiento común
- o Aparente aleatoriedad
- o Con frecuencia de intensidad invalidante, pudiendo llegar a conllevar auto o heteroagresiones o suicidio

^a Utilizamos la palabra *excusa*, y no razón, remarcando el carácter ilógico y aleatorio

2. La noción de culpa

Existen diferentes modelos de conceptualización de la culpa. Todos ellos tienen en común entender la culpa como una emoción negativa surgida de la trasgresión de normas.

Igual que en el caso de la parte primera sobre Trauma y Resistencia, en esta también, en lugar de ofrecer un recorrido crítico por este camino, proponemos un proceso previo personal de aproximación al mismo.

- o *Partir de la propia experiencia.*

Ejercicio 1 – Partir de la propia experiencia

Intente pensar y escribir en privado tres momentos en su vida en que haya experimentado lo que usted considere que ha sido un sentimiento de culpa o similar :

Si está seguro/a de no recordar tres situaciones personales, puede pensarlo a partir de alguien muy cercano o, en último término, de pacientes que haya tenido usted en consulta.

Una vez se haya dado tiempo suficiente para pensar cada una de las tres situaciones y tomar algunas notas de análisis, intente:

- Realizar una definición personal de culpa.*
- Hacer un listado de al menos cinco componentes que formen parte de la vivencia de culpa.*
- Intentar ver qué elementos permiten distinguir, en castellano, entre culpa y vergüenza*

Guarde estas notas a lo largo del trabajo posterior y contrástelas más adelante, al final del trabajo conceptual

- o *Acercarse a la experiencia de supervivientes*

Se propone a continuación trabajar sobre los textos de supervivientes que describen vivencias intensas de culpa para analizar lo que resulta nuclear de ésta. Aunque en las situaciones traumáticas pudieran darse cierto tipo de vivencias de culpa peculiares (p.e. culpa por sobrevivir o culpa por el hecho de ser un “ser humano” – culpa ontológica-), tanto las reflexiones como los conceptos de psicoterapia son comunes a otros tipos de culpa.

Proponemos caminar a través de un trabajo personal que tenga como hilo conductor dos textos claves de supervivientes de experiencias extremas con vivencias extremas de culpa : los de Primo Levi y Paul Steinberg, ambos supervivientes de Auschwitz.

Ejercicio 2 – Acercarse a la experiencia de supervivientes

Los textos a partir de los cuales se sugiere la reflexión son :

Primo Levi. (1986) Los Hundidos y los Salvados. *Ya se trabajó este texto en el volumen sobre Trauma y Resistencia. Los párrafos que se proponen ahora constituyen los que el autor dedica a explicar el origen de las vivencias de culpa de los supervivientes.*

Paul Steinberg (1999). Crónicas del Mundo Oscuro.

De cada uno de los libros se sugiere sacar, de manera esquemática y siguiendo la plantilla adjunta :

- ¿Qué elementos definen para este superviviente la culpa** (aproximación a una definición de *culpa*)
- ¿Cuáles son las consecuencias en la persona?** (aproximación a los *síntomas* que podrían considerarse nucleares)
- ¿Cuáles son los elementos de resistencia que considera que permiten a una persona sobrevivir en la adversidad?** (aproximación a una psicología positiva de las experiencias traumáticas).
- ¿Qué implicaciones cree que tienen estos elementos en la terapia de la culpa?**

Fuera de la plantilla ya, intente responder, a partir de los textos :

- ¿Qué distinción puede establecerse entre culpa y vergüenza?**
- ¿Qué implicaciones tiene esta distinción en terapia?**

Primo Levi (1986). Los Hundidos y los Salvados.

A1. Todos conocemos la angustia desde la infancia, y todos sabemos que muchas veces es incomprensible, indiferenciada. Es raro que lleve una etiqueta escrita con claridad designando su causa; cuando la lleva, suele ser mentirosa. Podemos creernos y declararnos angustiados por un motivo, y que sea por otro: creer que sufrimos por el futuro y, en lugar de ello, sufrir por nuestro pasado; creer que sufrimos por los demás, por compasión, por « simpatía », y en lugar de ello sufrir por motivos propios, más o menos profundos, más o menos confesables o confesados (pg 60)

Las consecuencias de lo inenarrable, lo incontable, lo impensable.

A2. “Releo ahora un fragmento de La tregua. El libro no se publicó hasta 1963 (Turín: Einaudi) pero estas palabras las había escrito a finales de 1947; se refieren a los primeros soldados rusos que contemplaron nuestro Lager, donde se amontonaban los cadáveres y los moribundos: No nos saludaban, no sonreían; parecían oprimidos, más que por la compasión, por una timidez confusa que les sellaba la boca y les clavaba la mirada sobre aquel espectáculo funesto. Era la misma vergüenza que conocíamos tan bien, la que nos invadía después de las selecciones, y cada vez que teníamos que asistir o soportar un ultraje: la vergüenza que los alemanes no conocían, la que siente el justo ante la culpa cometida por otro”.

A3. “Muchos (y yo mismo) han experimentado «vergüenza», es decir, sentido de culpa, durante la prisión y después. Es un hecho cierto y confirmado por numerosos testimonios. Puede parecer absurdo, pero es así. Voy a intentar interpretarlo a mi manera, y comentar las interpretaciones de otros. .” (pág. 63).

“Como he adelantado al principio, el malestar indefinido que acompañaba a la liberación puede que no fuera exactamente vergüenza, pero era percibido como tal. ¿Por qué? Podemos suponer varias explicaciones. (...).

A salvo debía encontrarse Sivadjan, hombre silencioso y tranquilo que he mencionado de paso en Si esto es un hombre (Turín: Einaudi, 1958) en el capítulo de «El canto de Ulises», y del cual he sabido, en la misma ocasión, que introducía explosivos en el campo con la mirada puesta en una posible insurrección. (...)

“A la salida de la oscuridad se sufría por la conciencia recobrada de haber sido envilecidos. Habíamos estado viviendo durante meses y años de aquella manera animal, no por propia voluntad, ni por indolencia ni por nuestra culpa: nuestros días habían estado llenos, de la mañana a la noche, por el hambre, el cansancio, el miedo y el frío, y el espacio de reflexión, de raciocinio, de sentimientos, había sido anulado. Habíamos soportado la suciedad, la promiscuidad y la desposesión sufriendo mucho menos de lo que habíamos sufrido en una situación normal, porque nuestro parámetro moral había cambiado. Además, todos habíamos robado: en las cocinas, en el campo, en la fábrica, en resumidas cuentas «a los otros», a la parte contraria, pero habíamos hurtado; algunos (pocos) habían llegado incluso a robarle el pan a su propio amigo. Nos habíamos olvidado no sólo de nuestro país y de nuestra cultura sino también de nuestra familia, del pasado, del futuro que habíamos esperado, porque, como los animales, estábamos reducidos al momento presente: De esa situación de abatimiento habíamos salido sólo a raros intervalos, en los poquísimos domingos de descanso. Creo que precisamente a este volverse atrás para mirar «las aguas peligrosas» se hayan debido los muchos casos de suicidio posteriores (a veces inmediatamente posteriores) a la liberación. Se trataba siempre de un momento crítico que coincidía con una oleada de reflexión y de depresión. (pg 63 a 65).

A4. “En la mayoría de los casos el suicidio nace de un sentimiento de culpabilidad (...) que ningún castigo ha podido atenuar; ahora bien, la dureza de la prisión era percibida como un castigo, y el sentimiento de culpa se relegaba a segundo plano para emerger de nuevo después de la liberación: es decir, no necesitábamos castigarnos con el suicidio por una (verdadera o presunta) culpa que estábamos ya expiando con nuestros sufrimientos diarios.

¿Qué culpa? En resumidas cuentas, emergía la conciencia de no haber hecho nada, o lo suficiente, contra el sistema por el que estábamos absorbidos” (pág. 66)

A5. Carácter absurdo (¿o no?) de la culpa y la vergüenza. “Por todo eso, en el plano racional, no se podría encontrar de qué avergonzarse, pero a pesar de ello se sentía la vergüenza, y especialmente ante los pocos y lúcidos ejemplos de quienes habían tenido la fuerza y la posibilidad de resistir; a ello he aludido en el

capítulo « El último» de Si esto es un hombre, donde se describe el ahorcamiento público de un resistente ante la aterrorizada y apática multitud de los prisioneros. Es un pensamiento que entonces sólo nos insinuábamos, pero que ha vuelto después: «también tú habrías podido, habrías debido»; es un juicio que el ex prisionero ve, cree ver, en los ojos de quienes (y especialmente los jóvenes) escuchan su relato y juzgan con la ligereza de quien juzga después; o que tal vez siente que despiadadamente le reprochan. Conscientemente o no, se siente imputado y juzgado, empujado a justificarse y a defenderse.

A6. Más realista es la autoacusación, o la acusación, de haber fallado en el plano de la solidaridad humana. Pocos sobrevivientes se sienten culpables de haber perjudicado, robado o golpeado deliberadamente a un compañero: quien lo ha hecho rechaza el recuerdo; por el contrario, casi todos se sienten culpables de omisión en el socorro. La presencia a tu lado de un compañero más débil, o más indefenso, o más viejo, o demasiado joven, que te obsesiona con sus peticiones de ayuda, o con su simple «estar» que ya en sí es una súplica, es una constante de la vida en el Lager. La necesidad de solidaridad, de una voz humana, de un consejo, incluso sólo de alguien que escuchase, era permanente y universal, pero se satisfacía raramente. Faltaba tiempo, espacio, condiciones para las confidencias, paciencia, fuerza; en la mayoría de los casos aquel a quien uno se dirigía estaba también él en estado de necesidad, de apremio. (..)

Recuerdo, con cierto alivio, que en una ocasión intenté dar ánimos a un adolescente italiano acabado de llegar (...) Pero recuerdo, también, y con desasosiego, que muchas más veces me alcé de hombros impacientemente a otras solicitudes, y precisamente cuando ya estaba en el campo hacía casi un año y había acumulado una buena dosis de experiencia: pero también había asimilado bien la regla principal de aquel lugar, que ordenaba ocuparse de uno mismo antes que de nadie”. (pág. 67-68).

A7. ¿Cómo he podido sobrevivir en Auschwitz?

“Mi norma es que en primer lugar, en segundo y en tercero estoy yo. Y luego nadie más. Luego otra vez yo; y luego todos los demás. (...). En agosto de 1944, en Auschwitz hacía mucho calor. Un viento tórrido, tropical, levantaba nubes de polvo de los edificios destrozados por los bombardeos aéreos, nos secaba el sudor sobre la piel y nos espesaba la sangre en las venas. A mi escuadra la habían enviado a una cantina a remover los escombros y todos sufríamos de sed: un sufrimiento nuevo que acrecentaba, y aun multiplicaba, el ya viejo del hambre. Ni en el campo ni en la cantina había agua potable; en aquellos días faltaba muchas veces el agua de los lavabos, que no podía beberse pero con la cual uno podía refrescarse y quitarse el polvo. Normalmente, para satisfacer la sed bastaba el potaje de la noche y el sucedáneo de café que se distribuía hacia las diez de la mañana; ahora no eran suficientes y la sed nos mataba. Es más imperiosa que el hambre: el hambre obedece a los nervios, otorga descanso, puede ser temporalmente ocultada por alguna emoción, un dolor, un temor (nos habíamos apercebido de ello en el viaje desde Italia); pero no la sed, que no da tregua. El hambre extenua, la sed vuelve loco; aquellos días nos acompañaba de día y de noche: de día, en las canteras, cuyo orden (enemigo nuestro, pero sin embargo orden, un espacio de cosas lógicas y necesarias) se había transformado en un caos de obras destrozadas; por las noches, en los barracones que no tenían ventilación, en las bocanadas que dábamos en aquel aire cien veces respirado.

La esquina de la cantina que me había sido asignada por el Kapo para que retirase de ella los escombros era contigua a un vasto local ocupado por aparatos químicos que estaban siendo instalados y habían sido alcanzados por las bombas. A lo largo del muro, vertical, había un tubo de unas dos pulgadas que terminaba con un grifo a poca altura del piso. ¿Un tubo de agua? Intenté abrirlo, estaba yo solo, nadie me veía. Estaba tapado, pero con un pedrusco como martillo pude destaparlo unos milímetros. Salieron gotas, sin olor, que recogí con los dedos: parecía realmente agua. No tenía ningún recipiente; las gotas salían lentamente, sin presión: el tubo debía estar lleno hasta aproximadamente la mitad, quizá menos. Me tendí en la tierra con la boca bajo el grifo, sin tratar de abrirlo más: era agua que estaba tibia por el sol, insípida, tal vez destilada o condensada pero, en cualquier caso, una delicia.

¿Cuánta agua puede contener un tubo de dos pulgadas de anchura por un metro o dos de altura? Un litro, o posiblemente menos. Podía bebérmela toda enseguida, que hubiera sido lo más seguro. O dejar un poco para el día siguiente. O repartirla con Alberto. O revelar el secreto a toda la escuadra.

Escogí la tercera alternativa, la del egoísmo extendido hacia quien sientes más cercano a ti, que un amigo mío de tiempos lejanos ha llamado con propiedad « nosismo». Nos bebimos toda el agua, a pequeños

sorbos avaros, alternándonos bajo el grifo, los dos solos. A escondidas; pero en la marcha de vuelta al campo me encontré al lado de Daniele, gris del polvo de cemento, que tenía los labios agrietados y los ojos brillantes, y me sentí culpable. Cambié una mirada con Alberto, nos entendimos al vuelo y esperamos que nadie nos hubiese visto. Pero Daniele nos había entrevisto en aquella postura extraña, tumbados boca arriba bajo el muro y sobre los escombros, y algo había sospechado, y luego lo había adivinado. Me lo dijo con dureza, muchos meses más tarde, en la Rusia Blanca, después de la liberación: ¿por qué vosotros sí y yo no? (...) ¿Está justificada o no, la vergüenza del «después»? No logré decidirlo entonces, y tampoco hoy lo consigo, pero la vergüenza la sentía y la siento, concreta, pesada, continua. Daniele está muerto ahora, pero en nuestros encuentros de sobrevivientes, fraternos, afectuosos, el velo de aquel acto fallido, de aquel vaso de agua no compartido, estaba entre los dos, transparente, sin expresar, pero perceptible y «costoso» (pg 68-70).

A.8. Cambiar los códigos morales es siempre costoso (...). Ya no somos capaces de juzgar el comportamiento nuestro (o el ajeno) que tuvimos entonces bajo los códigos de entonces, basándonos en el código actual; pero me parece justa la cólera que nos invade cuando vemos que alguno de los «otros» se siente autorizado a juzgarnos a nosotros (pg 70)

A.9. Culpa por sobrevivir. “¿Es que te avergüenzas de estar vivo en el lugar de otro? .Y sobre todo ¿de un hombre más generoso, más sensible, sabio, más útil, más digno de vivir que tú? No puedes soslayarlo: te examinas, pasas revista a tus recuerdos, esperando encontrarlos todos, y que ninguno se haya enmascarado ni disfrazado; no, no encuentras transgresiones abiertas, no has suplantado a nadie, nunca has golpeado a nadie (pero ¿habrías tenido fuerzas para hacerlo?), no has aceptado aún cargo (pero no te los han ofrecido), no has quitado el pan a nadie; y sin embargo no puedes soslayarlo. Se trata sólo de una suposición, de la sombra de una sospecha: de que todos seamos el Caín de nuestros hermanos, de que todos nosotros (y esta vez digo «nosotros» en un sentido muy amplio, incluso universal) hayamos suplantado a nuestro prójimo y estemos viviendo su vida. Es una suposición, pero remuerde; está profundamente anidada, como la carcoma; por fuera no se ve, pero roe y taladra. (...). Los «salvados» de Auschwitz no eran los mejores (...) Preferentemente sobrevivían los peores, los egoístas, los violentos, los insensibles, los colaboradores de «la zona gris», los espías. No era una regla segura pero era una regla. Yo me sentía inocente, pero enrolado entre los salvados, y por lo mismo en busca permanente de una justificación, ante mí y ante los demás. Sobrevivían los peores, es decir, los más aptos; los mejores han muerto todos” (pág. 71-72).

A.10. Necesidad insoportable de hacer algo. “No podré decir si lo hemos hecho, o lo hacemos, por una especie de obligación moral hacia los que han enmudecido, o por librarnos de su recuerdo, pero lo cierto es que lo hacemos movidos por firme y persistente impulso. No creo los psicoanalistas (que se han arrojado con avidez profesional sobre nuestros conflictos) sean capaces de explicar este impulso. Su saber ha sido elaborado y probado «fuera», en el mundo que para simplificar llamamos «civil»: a él pertenece la fenomenología que describe y trata de explicar; son sus desviaciones las que estudia y trata de curar. Sus interpretaciones, aun las de quienes como Bruno Bettelheim han atravesado la prueba del Lager, me parecen imprecisas y simplistas, como de quien quisiera aplicar los teoremas de la geometría plana a la resolución de los triángulos esféricos. Los mecanismos mentales de los Häftlinge eran distintos de los nuestros; curiosa, y paralelamente, era distinta también su fisiología y su patología. En el Lager, se desconocían los catarros y las gripes, pero se moría, a veces de repente, de enfermedades que los médicos nunca han tenido ocasión de estudiar. Se curaban (o desaparecían sus síntomas) las úlceras gástricas y las enfermedades mentales, pero todos padecíamos un malestar incesante que nos envenenaba el sueño y que no tenía nombre. Llamarlo «neurosis» es simplista y ridículo. Tal vez sería más justo ver en él una angustia atávica, aquella de la cual se siente el eco en el segundo versículo del Génesis: la angustia inscrita en todos del tóhu vavóhu, del universo desierto y vacío, aplastado bajo el espíritu de Dios, y del que el espíritu del hombre está ausente: no ha nacido aún y ya está extinguido”. (pág. 73-74)

A11. “No pudimos dejar de ver. El mar de dolor, pasado y presente, nos circundaba, y su nivel ha ido subiendo de año en año hasta casi ahogarnos. (...) remordimiento, vergüenza, dolor en resumen, por culpas que otros y no ellos habían cometido, y en las cuales se han sentido arrastrados” (pág. 75).

Autor / Texto^a	Elementos que definen la culpa	Consecuencias de la culpa en la persona	Elementos de resistencia	Caminos para una psicoterapia
Primo Levi. (1986) <i>Los hundidos y los salvados.</i>				

Autor / Texto ^{ab}	Elementos que definen la culpa	Consecuencias de la culpa en la persona	Elementos de resistencia	Caminos para una psicoterapia
<p>Primo Levi. (1986) <i>Los hundidos y los salvados.</i></p>	<p>A1. Angustia indiferenciada. Sufrimiento</p> <p>A2. Vergüenza como sensación de embarazo – los rusos, al contemplar los cuerpos emaciados y desnudos, son conscientes de su posición de “observador”, y por tanto de “observador – observado”. Configuran la vivencia de vergüenza. - La empatía con el otro (identificación), - Sentirse observado como observador, - Las emociones negativas que habitualmente genera lo grotesco.</p> <p>A3. Vergüenza como sensación de indignidad. Sobrevivir es : - ser consciente de la indignidad pasada. Vivir la humillación. - un cuestionamiento de la imagen de sí. Visión desde fuera de uno que genera repulsión. - La vergüenza se refiere a lo que constituye el propio núcleo identitario del ser.</p> <p>A3. Ambivalencia – y por tanto amor y odio- hacia uno mismo por una o más de las siguientes razones: - por lo que he sido (lo que he descubierto que no sabía) - por lo que soy - por lo que pudiera ser , dadas unas determinadas circunstancias.</p>	<p>α1 Sensación de alienación: nadie lo puede entender. Se que tienen razón, pero, pese a ello, me siento culpable.</p> <p>α2 Sensación de ser juzgado. Los demás pueden ser vistos como jueces mudos aunque nunca ejerzan de tales.</p> <p>α6 Sensaciones de humillación y vergüenza (<i>Shame</i>) asociadas al hecho de culpa.</p> <p>α7 Cuestionamiento de creencias básicas sobre uno mismo.</p> <p>α8 Enfrentarse al absurdo, a lo ilógico.</p>	<p>Silencio. No intentar que nadie crea, que nadie entienda. No dar explicaciones,</p> <p>Pesadillas. Reprocesar los hechos.</p> <p>Repliegue. Aislamiento social evitando con ello la sensación de sentirse juzgado.</p> <p>Pesimismo defensivo. Asumir la posibilidad (y el derecho) a equivocarse como vía de resistencia a la adversidad.</p> <p>Culpa como un modo de asumir las</p>	<p>Aceptar, de entrada, el carácter absurdo de la culpa evitando razonamientos obvios.</p> <p>Reconceptualizar el repliegue como un movimiento positivo y ver alternativas al mismo que no supongan una amenaza.</p> <p>Reelaborar un sistema de creencias que sea capaz de integrar lo vivido.</p> <p>Reconceptualizar la culpa como elemento positivo: necesidad de hacerse responsable de lo ocurrido y de mantener el control sobre la propia vida.</p>

^a Puede enriquecerse este análisis añadiendo los textos de Bruno Bettelheim *El Corazón informado*, Victor Frankl *El hombre en busca de sentido*, Jorge Semprún *La escritura o la vida*, Jean Amery *Más allá de la culpa y la expiación*, Robert Antelme *La especie humana* y Willy Bilder *Superviviente del infierno*.

^b La letra alude a la columna y el número al párrafo del texto original al que hace referencia. Así A3 significa que es un elemento de la columna 1 (Elementos que definen la culpa) extraído del párrafo 3 del resumen del texto de Primo Levi.

Autor / Texto ^{ab}	Elementos que definen la culpa	Consecuencias de la culpa en la persona	Elementos de resistencia	Caminos para una psicoterapia
	<p>A3, A5, A6. La presencia del otro. Existe siempre la presencia del “otro”, real, imaginario o fantaseado que observa, como ojo acusador, y ante el que se experimenta la vergüenza o la culpa.</p> <p>A5. Culpa <i>por no haber hecho</i> lo suficiente. La culpa se refiere aparentemente a actos (los pensamientos y fantasías son <i>actos mentales</i>), pero es muy difícil separarla nítidamente de la vergüenza. Muchas veces se solapan.</p> <p>A5. Carácter absurdo e irreal de la culpa. En realidad nadie podía hacer nada. La culpa no tiene que asentar sobre esquemas realistas.</p> <p>A7. Vergüenza [Culpa] ontológica. La necesidad del suicidio proviene más que de la culpa por lo que uno ha hecho, del horror de asumir la que se considera como auténtica naturaleza del ser humano.</p> <p>A7. El ojo acusador es imaginario (luego, en las charlas y conferencias, se vuelve real) y simbólico (porque solo CONFIRMA lo que la persona ya sabía).</p> <p>Al elegir la tercera opción siente una culpa vaga, pero es la MIRADA DEL OTRO la que le hace el daño irreparable, confirmando en sus peores términos lo que él “sabía” y había minimizado.</p> <p>A8. Subjetividad. La persona decide en el momento o reevaluando con posterioridad “<i>No hice lo debido</i>”. Y es una decisión que, aunque condicionada por el medio y la cultura, es <i>personal y subjetiva</i></p>	<p>α 9. Necesidad de justificarse ante los demás.</p> <p>α4. Necesidad psicológica del castigo.</p> <p>α 10. La reparación como elemento asociado a la culpa.</p>	<p>propias responsabilidades ante los hechos y no perder la sensación de control sobre la propia vida.</p> <p>Buscar una nueva identidad que permita la reconstrucción (en el caso del autor, ser un <i>testigo viviente</i>).</p> <p>Aceptar la realidad de la culpa tal como es sin intentar entenderla . No luchar contra ella, sino aceptarla, colocando distancia emocional.</p>	<p>Considerar todos los elementos de respeto y dignidad como factores clave e irrenunciables en el apoyo a personas que han sufrido situaciones traumáticas.</p> <p>Dotar de un cierto sentido al absurdo (o aceptarlo como tal) para poder sobrevivir con ello.</p>

Autor / Texto ^{ab}	Elementos que definen la culpa	Consecuencias de la culpa en la persona	Elementos de resistencia	Caminos para una psicoterapia
	<p>A8. Existe una norma simbólica que se transgrede. P.e. En los momentos más difíciles de supervivencia la solidaridad debería ser una condición irrenunciable, / el egoísmo es un pecado imperdonable.</p> <p>A8. Empatía. <i>¿Por qué vosotros sí y yo no?</i></p> <p>A8. Disonancia. Construcción de razonamientos justificatorios en el acto que se desmoronan posteriormente. <i>“cambiar los códigos morales siempre es doloroso”</i></p> <p>A9. Culpa por sobrevivir. Si sobrevivo es que algo he hecho para sobrevivir (solo yo sé). <i>“Preferentemente sobrevivían los peores, los egoístas, los violentos...”</i> Se cierne sobre mi la sombra de la duda. La mirada del otro.</p> <p>A.10. Nadie puede entender. La culpa se sabe ilógica pero hace daño. Por eso es inconfesable, porque se sabe ridícula a los ojos de los otros. Nadie puede entender.</p> <p>A11. La institución como generadora de culpas. La culpa como mecanismo de control social.</p>			

CRONICAS DEL MUNDO OSCURO

Paul Steinberg

Coincidieron con Primo Levi en la fábrica de productos químicos del campo de concentración. Tardó más de 40 años "Henry" (pseudónimo con que Primo Levi denomina a Paul en su libro Los Hundidos y los Salvados), en lograr escribir los retazos de su memoria. Levi le describía allí pormenorizadamente, dedicándole varias páginas, como alguien frío, deshumanizado, calculador. Afirma : "Daría lo que fuera por saber qué ha sido de él, pero por nada querría volver a verle". Cuando Steinberg escribe sus memorias, aparece alguien muy diferente. Sus propias culpas y recuerdos le habían hecho ser tardar toda una vida en poder hacer recuento

El Noviciado

B1 "Con frecuencia me he preguntado si no escogí deliberadamente mi destino. Después de todo, la vocación del prisionero es evadirse incluso en las situaciones más extremas. Yo fui al matadero como un vulgar cordero, sin chistar, a pesar de que no me faltaron oportunidades para escapar.

De todas maneras, cuando la muerte me acorraló, me defendí, luché, resistí por todos los medios, aunque de manera pasiva, doblándome como un junco en medio de una tempestad. En mi caso, no es fácil dar una imagen admirable, por no decir gloriosa". Pág. 24.

El Último Combate

B2. "Tuvimos que responder a las órdenes ladradas en alemán, y los de reacciones lentas empezaron a probar el garrote. (...) Yo hice bien mi trabajo. [Como hablaba alemán] conseguí que inscribieran a los que sabían hacer cualquier chapuza los registré como carpinteros, cerrajeros o pintores de brocha gorda; yo mismo me inscribí como químico. Era de los dos o tres más jóvenes de la remesa, rosado e imberbe, lo que contribuyó a crearme algunas simpatías, no todas confesables, entre los altos dignatarios; de ellos aprendí prácticamente todo lo necesario para sobrevivir más tiempo". (Pág. 30).

B3 "Habíamos superado la etapa de los sentimientos, de las relaciones de amistad. Cada cual, replegado en sí mismo, luchaba por sobrevivir. La máquina de deshumanizar había funcionado de maravilla. Ya sólo existíamos en la indignidad". (Pág.39).

La formulación sobrevino mucho más tarde, a medida que la decantación del grupo hizo desaparecer, por riguroso orden, las categorías más expuestas. Los trescientos cuarenta que éramos al principio se redujeron en un cuarenta por ciento en tres meses; en un sesenta por ciento en ocho meses, al ser el verano menos letal que el invierno; en un ochenta y cinco por ciento al cabo de un año. El quince por ciento restante formó un residuo incompresible, porque se había adaptado a la vida del campo y disfrutaba de distintos privilegios. Pág.60-61.

Bajo la carpa, cuando todos los sufrimientos no habían hecho más que empezar, todavía sentía el lastre de toda la gama de los sentimientos humanos: amistad, compasión, solidaridad. Pág. 63.

Poco después, comprendí rápidamente que, como una muchacha de buena familia recién salida de un convento de Ursulinas, iba a tener que defender ferozmente mi virtud. Y ello no para satisfacer ninguna supuesta moral, ya que por ese lado no me quedaba ninguna inhibición y en caso de necesidad extrema me hubiera dejado hacer, sino porque las implicaciones eventuales llevaban el sello de «peligro de muerte inmediata». Pág. 73.

He escrito este capítulo sobre nuestra caída común y sobre la muerte de Philippe, mi amigo. Sentía por él una ternura infinita, compartida. Y, antes de ponerle punto final, confieso que he dedicado todas mis energías a evocar su imagen, su silueta, su cara y el sonido de su voz. Le he puesto fórceps a mi memoria. No queda nada, ni la más mínima huella. Si retrocediera cincuenta años, no sé si podría siquiera reconocerle. Pág. 75.

El Agujero Negro

B4 “De aquellas semanas no conservo más recuerdo que los sufrimientos, el frío y la humillación. ¿El quid de las relaciones humanas? No existen. Estoy rodeado de sombras inconsistentes que apenas puedo discernir y que se evaporan a medida que pasan los días. (...) Me he encerrado en mi caparazón, toda la energía vital que me queda está destinada a mi propia supervivencia. (...) Todos los seres humanos que me rodean son intercambiables. El que me frota la espalda en la esplanada, el que anda a mi lado hacia las obras de la Buna, el que me precede por la noche en la cola de la sopa. (...).

Mi último sentimiento se extinguió con Philippe. La carne y los músculos se funden, los dientes se descarnan, las tripas se licúan, se envenenan las heridas y morimos, morimos, morimos”.

“Yo, por mi parte, hacía ya tiempo que había resuelto el problema de la dignidad, que mató a tantos. Respondía con un sordo desprecio a la permanente humillación, lo que me permitía soportar las vejaciones diciéndome que provenían de unos seres infrahumanos de los que no cabía esperar otra cosa y a los que no había que tomar en cuenta. Era un procedimiento algo sospechoso, pero resultaba eficaz y cómodo. Mucho me temo que la actitud de desprecio es uno de los estigmas del campo que me han acompañado hasta la vida civil. Lo he manifestado a plena luz, a veces equivocadamente”. Pág. 109-110.

“Me desperté sobresaltado por unos gritos y la orden de un SS en el que reconocí al sádico Rakasch, el terror del campo. (...) Rakasch, Hauptschdrführer Rakasch. El mal absoluto. Hoy, con cincuenta años de distancia y de vivencias, soy consciente de que se trataba de un perverso profundo. En aquella época, el candor de mis diecisiete primaveras me empujaba a esquivarlo todo lo posible sin buscar más explicaciones”. Pág. 111.

Rakasch, al contrario que el atajo de brutos primitivos de sus colegas, no inspira un miedo simple, elemental. Hace reinar un terror metafísico. Anda siempre solo, mientras que los SS van en parejas. Probablemente crea malestar incluso entre los suyos.

Lo vi en acción por primera vez unas semanas después de mi llegada. Mató a un viejo gitano, después de haberle pegado una paliza, ahogándole en un charco de agua de unos veinte centímetros de profundidad, apoyando la bota contra su cabeza. Creo que experimentaba un profundo placer haciendo sufrir y matando luego. Pág. 112.

PARENTESIS II

B5 “Han pasado dos meses desde que escribí sobre la primera página en blanco las primeras palabras: Crónicas del mundo oscuro. A medida que pasa el tiempo, las cosas se han estropeado. Estaba previsto. El sueño me rehuye. Mis cambios de humor hacen que resulte insostenible para mi familia, los altibajos están en función de las páginas que escribo”. Pág. 123.

“Tal vez mi estado físico, cuando me encontraba en lo más bajo de la curva, no me permitió registrar ni una imagen, ni una palabra, durante un lapso de tiempo. Pero me pregunto por qué veo con claridad al jefe del campo, al kapo de los químicos, al enano de la tienda, al doctor Ohrenstein y a muchos otros, mientras que no me queda nada de Philippe, que se deshizo en humo, ni siquiera el sonido de su voz”. Pág. 125.

La Condena

B6 “La ley del campo es simple: uno hace el bien cuando dispone de medios y cuando le viene en gana; en el resto de las ocasiones, a poco que uno disponga de una parcela de poder, hace el mal”. Pág. 129.

La Bofetada

B7 “Octubre. Hace un año desembarcaba aquí un chico de buena familia apoyándose en el hombro de un compañero para aliviar su pie herido. En este año me he hundido, he tocado fondo, remontado, salido a la superficie y recuperado el aliento. Soy un veterano, correctamente vestido según los cánones de la moda local(...). Todavía no pertenezco, hablando con propiedad, a la Prominenz, la aristocracia del campo, pero me consideran un hombre influyente. Me atribuyen protectores poderosos, entre ellos el jefe del campo. Aparentemente, la naturaleza humana es de tal manera que una situación horrible se hace soportable a poco que uno pueda distinguir categorías todavía más desposeídas, todavía más maltratadas. Éste es mi caso. Uno se conforma con lo que puede. He visto moribundos saltar de alegría ante la idea de un cacillo suplementario de sopa, y puros musulmanes alegrarse por media hora más de descanso. He llegado a ser envidiado. Así pues, debo ser feliz. Relativamente feliz”. Pág. 143-144.

“En el bloque, tengo una cama para mí solo cerca de la parte noble en la que residen Anton y sus Stubendienst asistentes, cuyo número ha sido reducido. Me han pedido que eche una mano por la mañana y por la noche para tenerlo todo en orden; en cierto modo soy Stubendienst honorario. Por supuesto, me reporta ventajas en especies y algunas satisfacciones a mi amor propio. ¿Tal vez me haya incluso convertido en un engraido? A los diecisiete años es difícil ver las cosas con claridad.

B8. Una mañana, al levantarnos, inspecciono la fila que tengo a mi cargo para asegurarme de que las camas están hechas, y me encuentro cara a cara con un viejo que se ha quedado acostado en la litera de en medio. Es un judío polaco en las últimas, uno de esos que en el lenguaje del campo se dice que van a eingehen, un término que en alemán se aplica a las plantas que se están marchitando. Le digo que se baje enseñado y que haga la cama. Me mira y masculla algo en yiddish, creo comprender que me está provocando. Furioso, tuve el reflejo de levantar la mano y abofetearle. En el último momento, contuve mi gesto y la mano tocó levemente su mejilla. Durante esa fracción de segundo, vislumbé y sondeé los abismos. Vi sus ojos. Unos ojos que expresaban la espera, la resignación, el desprecio, la desesperación. Unos ojos que derramaban cansancio y repugnancia de sí mismo y de los demás. Unos ojos que veían la proximidad de la muerte, que la temían y al mismo tiempo la llamaban. Unos ojos sin lágrimas y sin reproches. Apenas un aleteo de las pestañas en espera del contacto con la mano. Mi mano. Y tal vez lo inventara todo. Tal vez se limitaba a mirar al vacío, como las bestias antes de ser sacrificadas, y quizás el mensaje de sus ojos fue un invento mío. En ellos proyecté todos los fantasmas que llevaba en mi interior. Tal vez era simplemente la imagen de lo que yo había sido ocho meses antes. Aquella anticipación de mi propia muerte, de la que no tuve conciencia en esa época, y que odiaba en ese preciso instante”. (pg 148-9)

B9. Librarme de aquel recuerdo barriéndolo con un ademán... (...) Me quedé petrificado. Luego me alejé, y esta escena, banal en la vida cotidiana de un campo de la muerte, me ha atormentado toda la vida. El contagio se había producido y yo no había escapado a la norma. En aquel mundo de violencia tuve un gesto de violencia con el que demostraba que había ocupado el lugar que me correspondía.

El viejo judío polaco debió morir en los días siguientes, pero desde entonces lo llevo en mí como un embrión. El recuerdo de mi gesto no deja de perseguirme. Es una de las heridas abyectas y no cicatrizables que me acompañan a todas partes. Pág. 148-149.

Y en este concierto, yo he interpretado mi partitura. En los años sesenta intenté librarme de esta historia escribiendo un texto en forma de novela titulado La bofetada. El protagonista es otro yo, un yo que hubiera podido llegar a ser, y que veinte años después es testigo de una escena anódina que acaba con una bofetada. Esta escena le trae a la memoria otra que ha vivido y que acabo de describir. En cuarenta y ocho horas, se teje y se desteje una crisis que el protagonista describe al mismo tiempo que la vive; mientras tanto, su vida familiar y profesional prosigue. Creí volverme loco. Probablemente era demasiado pronto. Exploté a medio camino; el manuscrito está sin terminar en el fondo de un armario. Por lógica, mi héroe tendría que haberse suicidado. Probablemente sentí que corría el riesgo de imitarle”.

Retrovisión

B10. “Mi retorno no se distinguió en nada del de otros que han sabido describirlo. Los que me esperaban se taparon los oídos. Los que pudieron me esquivaron. El precipicio era infranqueable. Saqué las conclusiones

pertinentes y me callé. Corté los lazos que me ataban al campo: a Olchanski volvía verle una vez, a Robert y a Pierre Bloch dos, y una vez también al doctor Freze. Imagino que ninguno de nosotros soportaba las miradas de comprensión de los demás. Así ha sido durante cuarenta años. (...) Volví a la vida civil sin emociones particulares, conectando, como si nada, con la vida de antes.

Así que un día, después de tres o cuatro años de vagabundeo, acabé por decidirme a compartir la suerte común. Inicé una existencia normal, me casé, tuve hijos, ejercí una profesión. De vez en cuando, más bien en invierno, después de dos o tres copas, contaba alguna cosa.

Como las ollas a presión cuando sueltan vapor. He tardado años en darme cuenta de que Auschwitz ha sido el acontecimiento determinante de mi vida, que se operó en mí un cambio profundo. Mi visión del mundo era otra, como era otra la manera de mirarme los demás.

Auschwitz es un diablo en una caja cuya tapa salta al mínimo contacto; de rebote, sus secuelas han afectado a mis allegados, a la vida de mi mujer y al equilibrio de mis hijos. (...) Cada acontecimiento era sinónimo de reactualización y luego de desencadenamiento mediático y, para mí, tan pronto de exasperación como de sobreexcitación incontrolable, de insomnio, de reflujo de recuerdos que me hacían insoportable para los que amaba. (...)

B11. “¿Cuáles son las secuelas de mis años de internado, como me gusta llamarles, además del número marcado en mi brazo izquierdo que, en verano, antes de que el moreno lo disimule, suscita a veces una palabra emocionada por parte de un desconocido sagaz y cómplice?. La incapacidad de expresar mi amor a pesar del calor que siento en mi interior, los gestos que no me salen, como abrazar a los que amo, las caricias de las que soy incapaz, ¿son obra del campo, o son el resultado de una infancia sin madre y sin ternura? Tal vez de los dos.

También perdí la noción de respeto. Durante mucho tiempo, cuando conocía a alguien, lo veía desdoblado: por un lado, bajo su apariencia humana en la sociedad y, por el otro, bajo los rasgos del Häftling que hubiera sido en caso de suerte adversa.

A buen seguro, la indiferencia ante la muerte es un subproducto neto. La muerte de los demás me resulta banal, y la mía también. Creo poder decir que si me anunciaran mi fin para esta tarde a las seis no me emocionaría demasiado. Habrá que verlo llegada la ocasión”.

B12. “La vertiente rosa de esta corona de espinas es que me he convertido en invulnerable: las pequeñas desgracias de la vida cotidiana me resbalan como la lluvia en el parabrisas. Acepto los problemas y las contrariedades sin perder el sueño. Dispongo de un sistema de referencias que me permite minimizarlos y clasificarlos en la categoría de incidentes menores. Al mismo tiempo, le saco partido a las cosas de la vida. No ha habido demasiados días durante estos cincuenta años en que no haya sentido, aunque fuera sólo durante un instante, una felicidad, incluso una alegría intensa. De este modo, he recibido más regalos de los que puede transportar un ejército de Papás Noel. Y todo ello porque, a diferencia de Philippe, del Campeón, de Robert Levy, de Feldbaum, de Jacques el actor, del viejo judío polaco y de miles más, he sobrevivido para recogerlos. No tendría sentido quererle llamar otra cosa que felicidad”.

B13. “Y sin embargo.

Queda el punto crítico, que me parece personal, al que los demás, afortunadamente para ellos, han escapado: el de la dignidad, mi dignidad de ser humano. Inicé mi segunda vida a los dieciocho años. Aparte de las enfermedades que acabo de evocar y que sé irremediables, creo haber llevado una existencia honesta, cuya palabra clave habrá sido «ética». Pero jamás, jamás de los jamases, me ha sido posible librarme de mi existencia anterior. He vivido y vivo en la indignidad. Nunca he logrado lavar mi imagen. Soy, y sigo siendo, el testigo pasivo de la muerte de Philippe, el que abofeteó al viejo judío, el enchufado de las letrinas, el cortesano que aduló a brutos y asesinos para proporcionarse un suplemento de sopa cotidiana. ¿Tal vez me quejaba de vicio, poniendo mi imagen lejos de mi alcance? Orgullo, o vanidad. He pagado la cuenta. (...). Sin duda, ha llegado la hora de dar una respuesta a mis dudas. La respuesta es: sí, la escritura me ha hecho bien. He atravesado la vida lastrado con plomo, esforzándome en arrastrar este peso excesivo: ¿Por qué yo? ¿Cómo

justificar esta sucesión increíble de azares favorables que han hecho de mí este ser incombustible e insumergible?”. Pág. 183-185.

Paul Steinberg. *Crónica del mundo oscuro.*

Autor / Texto	Elementos que componen el hecho traumático	Consecuencias del hecho traumático	Elementos de resistencia	Caminos para una psicoterapia
<p>Paul Steinberg (1999). <i>Crónica del mundo oscuro.</i></p>	<p>B1, B2. Medios y fines. La culpa no se refiere a lo que se hizo (luchar por sobrevivir) sino a cómo se hizo. Mientras que en el momento crítico el fin justifica los medios, en la reevaluación posterior, se cuestiona si esto realmente puede ser así.</p> <p>B2. Incredulidad – shock- ruptura de las creencias básicas sobre la bondad del mundo</p> <p>B3. Clarividencia retrospectiva. Las decisiones se toman en un contexto y se juzgan en otro.</p> <p>B4. Decisiones <i>bajo presión</i>. Juicio posterior, <i>con calma</i>, sobre esas decisiones. Culpa retrospectiva posterior</p> <p>B5. Visión de si mismo. En la culpa grave el daño se constituye como permanente. Se trata de una herida que ha cambiado la visión de sí. Nada podrá volver a ser como antes.</p> <p>B5, B8, B12. Carácter indeleble. Irreversibilidad de la herida culpógena. El daño es irreversible.</p> <p>B6. La culpa tiene múltiples formas de aflorar en la realidad.</p> <p>B8. Basta la intención. No se requiere el acto.</p>	<p>β2. Ruptura de la confianza en el mundo</p> <p>β8. Rabia y agresión como mecanismos para suprimir imágenes desagradables o recuerdos dolorosos.</p> <p>β 9. Sensación de alienación. “No saben nada de la vida. Solo merecen desprecio por su ignorancia y prepotencia. Si supieran como soy – como son, en realidad”</p> <p>β 10. El dolor de la culpa puede llegar a ser de una magnitud inenarrable, que aboque a la autoagresión o al suicidio como una vía de liberación.</p> <p>β11- Aislamiento – por la sensación radical de incomprensión</p> <p>β11. Anestesia afectiva y emocional defensiva.</p>	<p>B1. Flexibilidad como herramienta clave para sobrevivir</p> <p>B3. Cosificación de uno mismo. Apatía. Dejarse llevar en lugar de enfrentar la adversidad de modo directo.</p> <p>B1, B5. Memoria y culpa. Supresión, con el paso del tiempo, de hechos dolorosos, o distorsión de los condicionantes.</p> <p>B6. Ilusión de consenso.</p> <p>B10. Normalización de la vida y compartir como vías para mitigar el daño.</p>	<p>Racionalidad y distancia como mecanismos protectores.</p> <p>NO TOCAR la culpa si no se tienen garantías de que puede haber un trabajo sistemático y en condiciones adecuadas y que es posible una mejoría.</p> <p>Es preferible la abstención terapéutica al riesgo de actualizar una culpa que estaba distanciada.</p> <p>El recuerdo del hecho culpógeno no es, en sí mismo, terapéutico.</p> <p>Explorar las posibilidades de crecimiento.</p> <p>Vencer el silencio cuando llega el momento en que la culpa es tolerable. La</p>

Autor / Texto	Elementos que componen el hecho traumático	Consecuencias del hecho traumático	Elementos de resistencia	Caminos para una psicoterapia
	<p>B8. Vergüenza [Culpa] existencial. Si una vez levanté la mano, dadas las circunstancias, puedo ser como ellos. La culpa (hecho) cuestiona la <i>integridad</i> (ser).</p> <p>Vergüenza y culpa se entrelazan.</p> <p>B8. La culpa como expresión de elementos cognitivos no conscientes <i>“quizás el mensaje de sus ojos fue un invento mío (...). En ellos proyecté todos los fantasmas que llevaba en mi interior”</i></p> <p>B9. Carácter intrusivo de las vivencias de culpa : la culpa como <i>fotografía</i> mental.</p>	<p>β11. Incapacidad para sentir emociones.</p> <p>B12. Posibilidad de crecimiento.</p>		<p>persona es la que mejor puede decidir cuando es ese momento. En ocasiones, muchos años después.</p>

- *Criterios para una comprensión del concepto de Culpa. Definición y elementos.*

A partir de todo lo anterior, podemos hacer una primera aproximación a las definiciones de culpa y vergüenza a partir de los testimonios de personas con experiencias extremas de culpabilización:

Aproximación a una definición de culpa

1. Sensación de angustia (A1).
1. **Referida a la realización de actos evaluados posteriormente como rechazables.**
 - **Los pensamientos e intenciones o las fantasías son, en este sentido, actos mentales (B8)**
 - **La ausencia de respuesta puede ser una forma de respuesta. (A5)**
2. **Que transgreden una norma (B1,B2,A8) real o simbólica**

Elementos asociados:

- **Requiere de un ojo acusador, real, imaginario o simbólico (A7) que actúa confirmando la transgresión de normas internalizadas y asumidas previamente por la persona. (A7).**
- **Está determinada por el patrón educativo**
- **En relación con un determinado medio cultural**

Asociada con frecuencia a :

1. **La idea de irreversibilidad (B5, B8, B12)**
2. **Lo absurdo, lo irracional (A5). La culpa es poco reductible a la lógica (A10).**
3. **Un carácter intrusivo, impuesto (B9)**
4. **El cuestionamiento de sí por la empatía hacia el otro (A8)**
5. **Elementos de racionalización y disonancia cognitiva, que pueden fragmentarse en el tiempo (A8, B4)**
6. **La existencia de repliegue, aislamiento o alienación (A1)**
7. **Un cuestionamiento de las creencias básicas sobre sí mismo (A7)**
8. **La necesidad de castigo o reparación (A4)**

En este sentido constituiría un subtipo especial de culpa :

- **La culpa por sobrevivir. Asociada a actos que implican un resultado final deseable (supervivencia) pero que genera dudas sobre los medios puestos en marcha para lograrlo (rotura de códigos éticos básicos). (A7). Si fuera exclusivamente por el hecho de estar vivo (ventaja comparativa) habría que hablar de vergüenza por sobrevivir.**

Aproximación a una definición de vergüenza

1. **Sensación de angustia (A2)**
2. Surgida de la percepción de proyectar una imagen que está en disonancia con lo que la persona considera que constituye el **núcleo identitario que desea de sí** (A2, A3).
3. Asociada a la **percepción** real o proyectada, de **humillación** (A6) o de **rechazo** por parte de los demás (A3)

La vergüenza, por tanto, :

- **Requiere de un ojo real, imaginario o simbólico, que actúa de testigo de la indignidad (A3,A5)**
- **Determinada por el patrón educativo**
- **En relación a un determinado medio cultural**

Asociada con frecuencia a :

- La existencia de repliegue, aislamiento o alienación (A1)
- Expresiones de agresión o rabia (B8)
- La necesidad de aceptación o perdón.

En este sentido constituiría un subtipo especial de vergüenza :

- **La vergüenza ontológica.** Asociada al horror de comprobar aspectos de la naturaleza que humana que, por contagio, se constituirían en parte del núcleo identitario de la persona., y frente a las cuales, por tanto, la persona nada puede hacer (A7)

Elementos en común entre trauma y culpa a partir del testimonio de supervivientes.

- o **Cuestionamiento de uno o más aspectos de la identidad personal**
- o **“Nadie puede entender”**
- o **El cuestionamiento de elementos de dignidad** como elemento psicológico clave en todo hecho traumático y culpógeno.
- o **Rupturas, en ambos, de los esquemas de sí mismo y de si mismo frente al mundo**
- o **Absurdidad. Horror.** La culpa es, por lo general, inherentemente *absurda*. Lo absurdo tiene un carácter especialmente indeleble.

Ejercicio 3.

Reconsidere la definición de culpa que realizó en el Ejercicio 1, comparándola con los elementos aportados ahora en el Ejercicio 2.

○ *Tareas básicas para el trabajo terapéutico con vivencias de culpa*

De lo anterior pueden inferirse una serie de elementos básicos a explorar y trabajar en el enfoque terapéutico sistemático con vivencias de culpa graves. La siguiente tabla los repasa esquemáticamente y en el texto se desarrollarán en profundidad.

Aspectos conceptuales.	Tareas en el trabajo terapéutico.
<p>Definimos la culpa como la aparición de un sufrimiento psicológico asociado a pensamientos y emociones de tipo autoacusatorio en relación con la trasgresión de una regla real o simbólica.</p>	<p>1. Explicitar los sentimientos asociados a la vivencia de culpa: tristeza, rabia, embarazo...</p> <p>2. Trabajar con las emociones básicas.</p> <p>Definir adecuadamente y buscar los antecedentes de la emoción principal dará las primeras pistas del origen inicial de la vivencia de culpa.</p>
<p>Para ello en toda culpa hay siempre la presencia imprescindible del otro. Sin él no habría culpa.</p> <p>Ese 'otro' puede adoptar múltiples formas:</p> <p>a) Testigos reales del suceso, que de un modo real o simbólico se constituyen en acusadores</p> <p>b) Testigos imaginarios del suceso (¿qué pensaría él si supiera...?).</p> <p>c) El <i>otro</i> presente en uno mismo. El acusado es a la vez juez y, como tal, portador de todos los determinantes culturales de su colectividad. Las reglas introyectadas en las primeras etapas del desarrollo reflejan la matriz sobre la que piensa – y, por tanto, juzga- la persona.</p>	<p>3. Buscar conjuntamente el <i>ojo simbólico</i> acusador</p>
<p>La persona siente que ha transgredido una regla. Esta puede ser explícita o implícita, social o personal, pero siempre está presente esa ruptura.</p> <p>Qué es considerado como transgresión dependerá de la cultura (el incesto frente al parricidio, la poliginia o la poligamia frente al adulterio y la lujuria, el robo de la propiedad</p>	<p>4. Trabajar conjuntamente en la búsqueda de la <i>norma</i> transgredida.</p> <p>Esto conllevará, generalmente, el análisis de las normas familiares infantiles, de figuras morales relevantes en periodos críticos de la vida y del contexto social de la culpa.</p>

<p>privada frente al egoísmo de impedir el correcto uso comunitario de los bienes, el trabajo ocioso frente al trabajo excesivo etc). La libertad individual podrá aceptarlas o rechazarlas, pero no será ajena a ellas.</p>	
<p>La ruptura de la norma viene dada por un acto.</p> <p>En este sentido pensar, desear o fantasear son actos mentales.</p>	<p>5. Explicitar conjuntamente el punto de ruptura</p> <p>Con frecuencia este no es el aparente inicialmente (un determinado hecho) sino hechos / pensamientos / fantasías antecedentes o paralelos.</p>
<p>La trasgresión es dolorosa. Esa es la diferencia entre <i>ser responsable</i> de algo (determinado por la evidencia y las pruebas) y <i>sentirse culpable</i> de algo (determinado por el sentimiento).</p>	<p>6. Analizar conjuntamente la percepción de responsabilidad de la persona respecto al hecho</p>
<p>Estos actos son evaluados como indebidos de antemano (intencionalidad del hecho) o a posteriori (no intencionalidad a priori).</p>	<p>7. Analizar conjuntamente la percepción de intencionalidad de la persona y la relevancia de la misma en la vivencia de culpa.</p>
<p>Lo ocurrido compromete la <i>imagen</i> que la persona tiene de sí o a la que proyecta de sí a los demás.</p>	<p>8. Analizar conjuntamente el nivel en que lo ocurrido esta cuestionando la imagen de si.</p> <p>Realizar el diagnóstico diferencial entre vivencias de vergüenza (yo soy) y de culpa (yo hice).</p>

Parte 2

Determinantes de la culpa: Teorías

1. Teoría de las emociones: visión de conjunto

Los últimos 25 años han visto un resurgir de los estudios fenomenológicos y experimentales sobre la culpa, intentando enlazar la culpa como fenómeno clínico y social con una teoría general de las emociones. Se han entrelazado en esta polémica los trabajos de psicología básica experimental con la polémica entre los defensores de modelos cognitivistas que han puesto el énfasis en la distinción entre las emociones innatas (o primarias) y las adquiridas (o secundarias) y los procesos por los cuales aparecerían¹⁵³, y los defensores de modelos interaccionistas que veían la emoción desde una perspectiva social y transaccional¹⁵⁴.

El psicoanálisis ha realizado sus propias reflexiones independientes. Vamos a repasar someramente los términos del debate referidos a una teoría general de las emociones para poder dar posteriormente una visión de las diferentes teorías de la psicología de la culpa.

1. Emociones básicas universales

Darwin¹⁵⁵ fue, probablemente quien, en 1872, empezó a cuestionarse en primer lugar la existencia de emociones universales y planteó ingeniosos experimentos, a través de amigos en diferentes países, que le permitieron, a finales del siglo pasado, definir un conjunto de emociones básicas. A principios de los 70 una serie de bien conocidos experimentos de reconocimiento facial de emociones en diferentes culturas realizados por Ekman¹⁵⁶ y otros corroboraron la mayoría de hallazgos de Darwin, surgiendo diferentes propuestas de emociones “innatas” o “universales”. El mayor consenso está en considerar como básicas al menos siete emociones: la alegría, la tristeza, la ira (=agresión), el miedo (=protección/huida), la sorpresa, el desagrado (=rechazo) y el interés/curiosidad (=atracción), aunque sólo para las cuatro primeras el acuerdo es total. Pero el debate está lejos de estar cerrado.

Especialmente influyente es la teoría de las emociones de Tomkins¹⁵⁷ (1963) completada años después por Lewis¹⁵⁸ (1971) y Nathanson¹⁵⁹ (1994) para quienes las emociones básicas son 9 (interés-excitación, goce-alegría, sorpresa-sobresalto, miedo-terror, dolor-angustia, enojo-rabia, el disgusto-aversión y la vergüenza-humillación), colocando al binomio vergüenza-humillación no sólo como una emoción básica, sino como el pilar fundamental de todas las emociones. La culpa, como veremos más adelante, sería, para estos autores, un subtipo de la vergüenza.

2. El debate sobre la interrelación entre emociones y pensamiento. La construcción social de las emociones

Estas emociones básicas serían una especie de “estados puros^a”. Pero paralelamente y desde principios de los sesenta la psicología cognitivista, dominante en los foros internacionales, ha desarrollado varias líneas de investigación sobre la interrelación entre respuestas psicofisiológicas, cogniciones y emociones, generando un extenso debate sobre si se trata de componentes simultáneos e indisolubles o componentes secuenciales, y en este caso qué antecede a qué.

Parte de la polémica puede resolverse distinguiendo estas emociones básicas o primarias de emociones secundarias. Las primeras constituirían circuitos prefijados de base neurobiológica, las segundas procederían de procesos de aprendizaje social y serían dependientes de la educación y la cultura.

En los años noventa el constructivismo social ha impulsado modelos radicales de carácter interaccionista que ven las emociones (todas) como construcciones sociales explicables en términos relacionales y de adaptación al medio. Conceden, por tanto, todo el peso a los factores educativos y culturales, postulando una *construcción social de las emociones*.¹⁶⁰

Para Leff¹⁶¹ es fácil explicar esto desde la teoría sociocognitiva y pone este ejemplo: Un bebé sonríe. Sus padres pueden, como respuesta, levantarlo en brazos y tirarlo hacia arriba. Esto favorece que la sonrisa se asocie con sensaciones de "excitación" o "emoción", lo que será más difícil que ocurra en una familia fría e inhibida en la que la respuesta a la sonrisa es la indiferencia o en la que no se prescribe tomar al niño en brazos. Los patrones de respuesta emocional del ser humano son mecanismos complejos resultantes de la integración final de elementos subjetivos, manifestaciones autonómicas, respuestas del medio, cogniciones y respuestas motoras. El componente cognitivo implica la formación de esquemas, es decir, de encuentros emocionales con el ambiente que son conceptualizados como memorias de la experiencia emocional. Dicho de otro modo, las experiencias pasadas de encuentros emocionales determinarán el repertorio futuro de respuestas emocionales. Los dos niños del ejemplo tendrán diferentes "esquemas cognitivos" de lo que es la felicidad.

3. Teorías basadas en psicología del desarrollo: el modelo de Lewis

Al hablar de la teoría general de las emociones se repasó el debate respecto a cuales podrían considerarse universales e innatas y cuales aprendidas posteriormente. Lewis

^a Clásicamente la psicología distingue entre *emociones* (emotions) y *sentimientos* (feelings) asignando al primero un carácter objetivo (fisiológico, puro), y al segundo subjetivo (interpretativo). La psicología científica estudiaría las emociones, la filosofía y la psicopatología los sentimientos. Esta distinción, relevante en psicología básica, tiene poco sentido en el campo clínico, donde emociones y sentimientos son indistinguibles. Por ello en la clínica se usan indistintamente ambos términos. Las teorías de los constructos personales y numerosos autores cognitivistas distinguen, a su vez, entre *emociones* y *afectos*. En el marco de la clínica eligen evitar el término emoción y prefieren usar el término *afectos*, significando con ello que la expresión final de un estado interno es el resultado de un conjunto indisoluble de emociones y cogniciones (entendidas como interpretación que se hace de esa emoción en un determinado contexto y que va indefectiblemente unida a ella). Como separar emociones y cogniciones sería irreal, se utiliza el término *afectos* para englobar a ambos.

(1992)¹⁶² parte de esta idea y habla de la existencia de emociones primarias – y acepta solo las de los estudios de Ekman- frente a las que denomina emociones evaluativas, autoconscientes o secundarias. Considera, como la mayoría de teóricos cognitivistas de las emociones, que las primeras aparecen de modo innato, se asocian a expresiones faciales específicas de carácter universal, tienen circuitos neurobiológicos específicos y un perfil diferencial de respuestas psicofisiológica, apareciendo en los primeros meses de vida. Rechaza, las propuestas de Tomkins, H. Lewis y Nathanson, entre otros, respecto a que la vergüenza pueda ser considerada una emoción innata (ver figura 1).

Para M. Lewis tanto la vergüenza como la culpa serían emociones *secundarias*, *evaluativas* o *autoconscientes*. El núcleo central sería la vergüenza^a, que entiende como una emoción fundamental en la regulación social. La culpa sería un subtipo de mucha menor importancia. Su existencia vendría determinada por procesos de comparación social. Las dos requieren, por tanto, (a) de la autoconciencia y la autoobservación (el yo consciente) (b) procesos de interacción social (el otro).

La aparición de la autoconciencia

Suele asociarse en el niño la aparición de la autoconciencia con la capacidad para reconocerse a si mismo^b. Diversos estudios muestran que esta capacidad aparece entre los quince y los dieciocho meses de edad y que, en cualquier caso, ha aparecido en todos los niños a los veinticuatro.

Existen diversas técnicas experimentales para el estudio de la auto conciencia. Lewis describe una serie de experimentos en los que se pinta la nariz de niños de color rojo y se les coloca delante de un espejo. Aparecen entonces una gran variedad de conductas, aunque por lo general antes de los quince a dieciocho meses los niños no utilizan el espejo para poder *encontrar* y *tocar* su nariz roja. Miran detrás del espejo o tocan la imagen como si estuvieran interactuando con otro niño.

A partir de los quince meses aparece conducta autoconsciente, y el niño frente al espejo empieza a tocarse su nariz pintada de color rojo. El número de niños que adoptan esta actitud aumenta entre los 18 y los 24 meses de edad, en que aparece ya en todos los niños.

La aparición de la auto conciencia significa, para Lewis, el desarrollo de dos tipos de nuevas emociones: las que denomina **emociones auto conscientes por exposición a los demás** -ridículo, empatía, y envidia-, y las que denomina **emociones auto conscientes evaluativas** – ridículo, orgullo, vergüenza y culpa-.

^a Lewis define la vergüenza en estos términos: “La vergüenza es el producto de un complejo conjunto de actividades cognitivas: la evaluación de las acciones del individuo en relación con sus estándares, normas y metas y su evaluación global del self. La experiencia fenomenológica de la persona se asocia al deseo de esconderse, desaparecer o morir. (...) Lleva a la interrupción de la conducta, a confusión en el pensamiento e incapacidad para hablar. La acción física que acompaña a la vergüenza es el encogimiento del cuerpo, como si se quisiera desaparecer de la vista del otro. (...) Dado que la vergüenza constituye un ataque a la integridad de la persona, es muy difícil poder disipar esta emoción (Op. Cit. pg 75ss).

^b Esto supone un a priori no demostrado, puesto que ser capaz de reconocerse solo indica conciencia de ser un ser independiente y autónomo, pero esto no tiene porque implicar conciencia de si (es decir, actividad reflexiva activa sobre ese yo independiente). En todo caso esto no afecta decisivamente al núcleo de los argumentos que siguen.

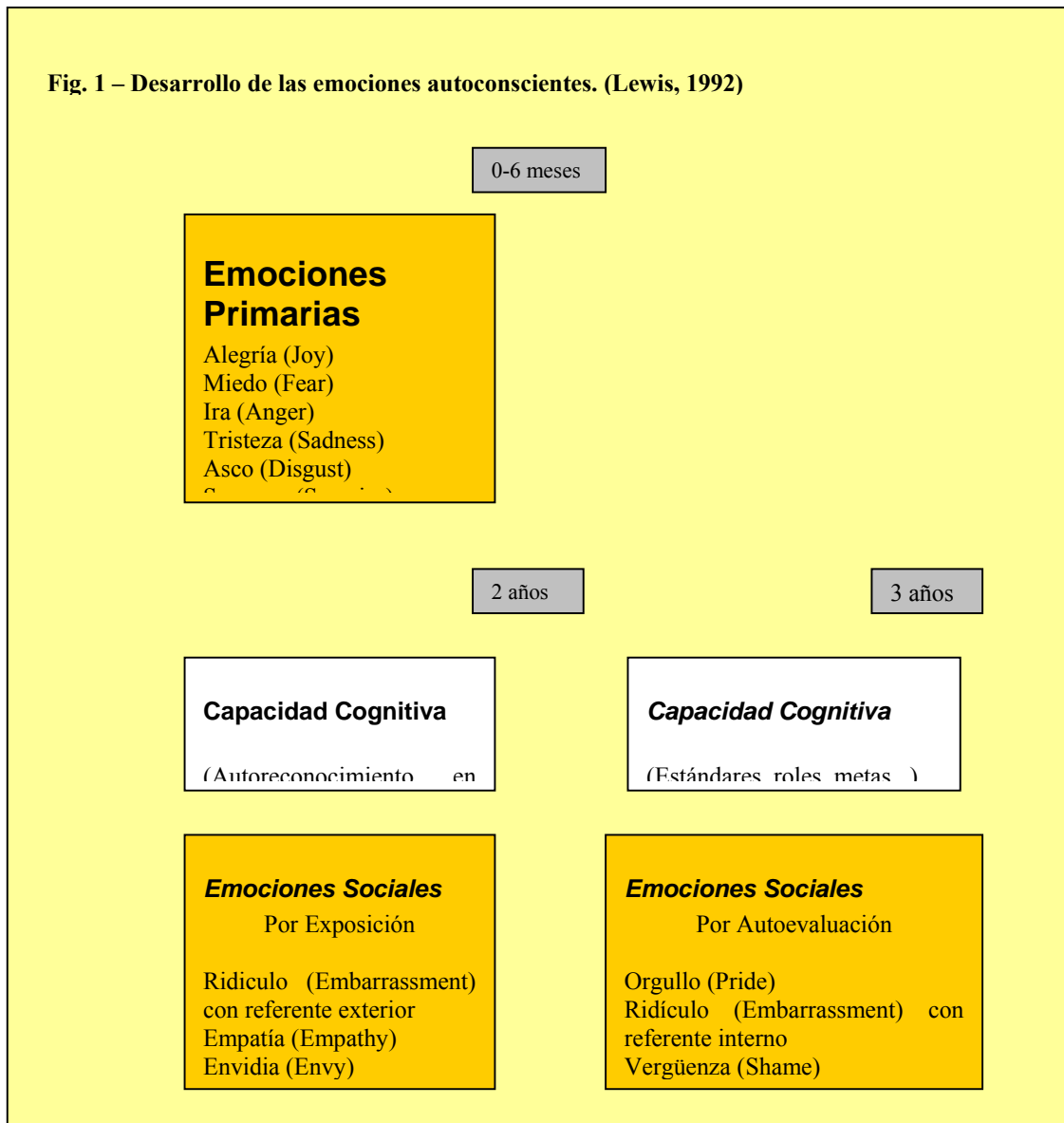
Las emociones por exposición tienen que ver con la sensación de ser observados y juzgados por las personas que nos rodean. En estudios con niños en situación experimental de ridículo (por ejemplo pedirles que bailen delante del experimentador con una canción que canta su madre) se observa que no aparece ningún caso de respuesta de sensación de ridículo en niños que no tienen auto reconocimiento, que no se tocaban la nariz pintada.

Las emociones auto conscientes evaluativas aparecerían aun más tarde, en un tercer momento alrededor del tercer año de vida. Mientras que la sensación de ridículo o la envidia sólo requieren la presencia de auto conciencia, las emociones auto evaluativas requieren de la adquisición de estándares de conducta y de la habilidad para evaluar la conducta propia frente a estos estándares. Los estudios experimentales indican que este tipo de emociones aparecerían alrededor del tercer año^a.

^a Según la Real Academia de la Lengua : *Empatía (Empathy)* “Participación afectiva, y por lo común emotiva, de un sujeto en una realidad ajena”, *Envidia (Envy)* “Tristeza o pesar del bien ajeno; sentimiento de animadversión contra el que posee una cosa que nosotros no poseemos”, *Orgullo (Pride)* : Sentimiento de propia estimación, *Ridículo o Embarazo (Embarrassment)*. Sensación personal de haberse puesto en evidencia carencias o defectos personales evaluando un hecho sucedido anteriormente. *Vergüenza (Shame)*. Animo negativo causado por una falta cometida, por una humillación recibida, o por sentirse objeto de la atención de alguien. *Culpa (Guilt)*. Responsabilidad, causa de un suceso o acción imputable a una persona.

Las definiciones muestran el alto nivel de solapamiento existente entre las tres emociones negativas por evaluación frente a referentes internos : la culpa, la vergüenza y el ridículo. De hecho, clínicamente, muchas veces son indistinguibles, y los estudios experimentales aún no han logrado establecer fronteras claras de base empírica. Quizás porque en su origen infantil coexistan muchos elementos comunes y esto haga que tiendan también a coexistir en niveles similares en las personas adultas.

Fig. 1 – Desarrollo de las emociones autoconscientes. (Lewis, 1992)



En sus experimentos con niños y basándose en estudios anteriores, Lewis ha intentado un diagnóstico diferencial entre las diferencias emociones autoevaluativas.

La distinción entre vergüenza y embarazo o ridículo.

El psicoanálisis clásico no distingue entre ambas emociones. Goffman (1956) desde una perspectiva existencial fue el primer autor en argumentar su distinción. Asocia el ridículo con la *autoconciencia corporal* y con el acto involuntario de sonrojarse¹⁶³. El núcleo del conflicto sería que “*el cuerpo de la persona se convierte en foco de atención de los que le rodean*”. Desde su perspectiva, lo relevante es un proceso de disociación por el que la persona *se contempla desde fuera de sí*; es consciente de su corporalidad para los demás y se coloca como espectador de sí mismo, siendo el resultado final de la evaluación negativa (el punto contrario del exhibicionista).

En condiciones normales, para ir por la vida, una persona no suele ser consciente de sí misma. Serlo es necesario (evaluar la opinión que causamos en los demás), pero serlo en exceso sería bloqueante.

Desde los autores que definen las emociones socialmente construidas desde una perspectiva interpersonal – y que repasaremos más adelante - (p.e. Edelman¹⁶⁴, (1987), Baumeister¹⁹¹, 1994) la distinción es mucho más confusa. El ridículo se conceptualiza como la incapacidad para presentarse uno ante los demás como le hubiera gustado aparecer, es decir, en una discrepancia entre el yo ideal y el yo ante los otros. Pero desde esta definición es muy difícil distinguir el ridículo de la vergüenza, que se definiría en términos similares.

Lewis¹⁶² es el autor que defiende de manera más activa la existencia del ridículo o embarazo como emoción independiente a la vergüenza. Define a ésta como “*el componente afectivo de la autoconciencia*”. Se basa para ello en estudios con niños en base a los cuales distinguen dos tipos de *embarazo*:

- a) *Por exposición*. Sería el que se produce al ser observado por otro de manera fija, al ser preguntado por el profesor en clase, al oír nuestra voz en una grabación o ver la imagen en un video o al oír un aluvión de alabanzas por parte de un presentador. El problema es el hecho de ser objeto central de atención.
- b) *Por autoevaluación negativa*. Ante errores personales que indican inhabilidad o torpeza. Por ejemplo, al confesar que no se ha logrado obtener el carnet de conducir.

El embarazo sería, según Lewis, una forma más leve de la vergüenza. Esta implica transgresiones graves que cuestionan la totalidad de la persona provocando un intenso dolor psíquico.

Distinción entre embarazo / ridículo y timidez (shyness).

Definida así la sensación de ridículo, se plantearía la distinción con la timidez. Esta se definiría como una sensación de incomodidad en contextos sociales. La timidez se relacionaría más con el *miedo* que con la *autoevaluación negativa*. La persona no tiene por qué considerar que no es válida, siente incomodidad al ser observada. La timidez como *miedo a los demás*. Físicamente se caracterizaría por mirar a los lados.

Estudios experimentales sobre patrones educativos, vergüenza y culpa

Si se acepta la distinción esencial entre culpa y vergüenza, que son las dos emociones principales a estudio, ambas deberían tener orígenes en patrones educativos diferentes. Algunos estudios de psicología del desarrollo han investigado estos aspectos.

□ Modelos educativos y culpa

Se ha considerado tradicionalmente que la culpa surge de patrones educativos basados en el uso de normas estrictas o castigos por parte de figuras de autoridad relevantes¹⁶⁵. Los estudios de psicología evolutiva han mostrado que esta idea es falsa. En realidad la interiorización de normas (que sería la que posteriormente generaría vivencias de culpa cuando éstas se transgreden) estaría relacionada con actitudes parentales que subrayen el significado de las conductas adecuadas y que lo hacen de tal modo que con ello no perturban la relación entre padres e hijos. La norma queda interiorizada e integrada como *algo deseable*, como un estándar a imitar.

Por el contrario, el uso del castigo no es útil como técnica para promover la autoregulación a largo término. Por un lado el castigo no favorece el autocontrol, sino justo lo contrario: una menor tendencia al control de impulsos y a una recurrencia en las conductas. Las normas no son interiorizadas (requisito para que luego sean aplicadas como criterio de comparación), sino que *se asumen* para evitar el castigo, lo que podrá generar que sean rechazadas cuando, con el tiempo, no exista la amenaza de ese castigo. En la misma línea, el uso de prohibiciones sin justificar se asocia experimentalmente con menores niveles de reparación tras una trasgresión. Los estudios clásicos de Hoffman¹⁶⁵ comparando el efecto de tres estilos pedagógicos (*inducción de conducta por explicación*, en el que se razona con el niño sobre lo que ha hecho. "Hiciste que tu amigo se sintiera mal. Eso no está bien..."; *inducción de conducta por retirada de afecto* e *inducción por asertividad y poder de los padres* (es decir, el uso de castigos o amenazas), muestra que sólo la primera parece generar efectos estables¹⁶⁶. Las otras dos, probablemente, generarían angustia en el niño e impiden el aprendizaje o ponen en marcha mecanismos de compensación y rechazo. La inducción, además, si se acompaña de la visión *del otro* favorece el desarrollo de empatía. Las afirmaciones evaluativas de la madre en conversaciones a los 4 años (p.e. "buen chico", "esto estuvo bien...") se asocian con informes posteriores de las madres de mayor incidencia de expresiones de culpa, remordimientos y reacciones relacionadas con transgresiones a los 8-9 años de edad¹⁶⁷.

Estudios posteriores¹⁶⁸ han encontrado que esto es claramente así en niños con un temperamento ansioso o evitativo, en los que la actitud de cercanía de la madre disminuye el nivel de tensión del niño y favorece la internalización de la norma. Los resultados, a efectos de internalización -y aparición posterior de culpa- son menos evidentes para otros temperamentos. Por otra parte se ha encontrado también una relación entre internalización de normas y culpa posterior y medidas de attachment seguro entre madre e hijo. Un buen vínculo materno-filial favorece la internalización -y la culpa-.

En otra serie de investigaciones Zahn-Waxler¹⁶⁹ ha mostrado la relación entre la aparición de culpa crónica e injustificada en niños, especialmente niñas, hijas de madres depresivas. En estudios de finalización de historias recogidas en viñetas realizados con

niños de 5 a 9 años, hijos de madres con depresión recurrente comparados con niños controles, se observan patrones de atribución de responsabilidad aberrantes marcados. Las niñas reflejan una mezcla de respuestas de culpa y vergüenza, con atribución exagerada de responsabilidad a si mismas incluso en viñetas en las que no hay ninguna duda de que el niño de la escena no tiene ninguna responsabilidad. Los autores atribuyen este hecho a varias razones (a) el desarrollo, especialmente en las hijas de madres deprimidas, de falsas creencias sobre su responsabilidad a partir de verbalizaciones de la madre, o incluso sin ellas (simplemente por el hecho de "estar ahí") (b) las madres depresivas probablemente experimentan más irritabilidad y culpa en su vida diaria, y los niños están expuestos con frecuencia a estas emociones (c) las madres constituyen modelos de estilos atribucionales negativos ("todo lo hago mal" "me he equivocado...") (d) las niñas experimentan más indiferencia y falta de elogio y refuerzo cuando la madre está en fase depresiva, lo que ocurre con frecuencia. No existen evidencias experimentales para decantarse por una u otra de estas diferentes hipótesis.

Bronfenbrenner¹⁷⁰, una de las figuras clave de la psicología del desarrollo contemporánea ha publicado varios trabajos en que muestra su preocupación por la tendencia de los psicopedagogos norteamericanos a enseñar a los padres el uso de la retirada de atención y el *time-out* como forma predominante de control de conductas no deseadas. En su opinión, y siguiendo los estudios anteriores sobre estilos educativos y generación de culpa, esto está generando una pobreza en el razonamiento moral de los jóvenes y adolescentes, y una clase media emergente de adultos norteamericanos rígida y guiada por culpas que no sabe justificar respecto a temas como el control de impulsos o los hábitos no saludables.

En resumen, se produce una interiorización adecuada de normas cuando ante una conducta considerada inadecuada se explica de manera clara cuál es el problema y de qué manera afecta a los demás, se recuerda la regla general que opera en este contexto, y esto se hace de una manera que no perturba la relación padres-hijo, es decir que no es excesivamente dura ni autoritaria. El énfasis en explicar de qué modo las conductas propias afectan a los demás favorece el desarrollo de la empatía (y por tanto de formas adaptativas de culpa). Desde esta óptica la culpa se constituye como una emoción positiva que actuaría de recuerdo de normas interiorizadas procedentes de personas emocionalmente significativas y constituiría la base de la autoregulación prosocial de las conductas.

Bajo determinadas condiciones estas culpas adoptarían patrones aberrantes (culpas sin lógica causal), excesivos (culpas ante transgresiones menores) o maladaptativos (culpas asociadas a autopunición o desprecio en lugar de a reparación).

Responsabilidad versus Culpa. A la hora de promover estilos educativos que prevengan la culpa, se ha enfatizado, desde una óptica completamente distinta, el papel de los mensajes que favorecen la aparición del denominado *optimismo disposicional*, entendido como la tendencia congruente de la persona a prever un resultado positivo de las cosas que emprende. El optimismo disposicional se promueve con una pauta atribucional, por parte de los padres que en general, no haga de cada fracaso un cuestionamiento global del niño, sino sólo de su habilidad en ese momento y bajo esas circunstancias¹⁷¹. De este modo se favorece que el niño desarrolle *explicaciones optimistas* para los acontecimientos negativos que le ocurren en la vida. El problema estriba en *asumir la responsabilidad* de los hechos, sin que esto conlleve un cuestionamiento de la persona en su conjunto. Pero habrá ocasiones en las que la persona

sea responsable de una consecuencia negativa de sus actos y tenga que asumir la responsabilidad.

De hecho, algunos estudios indican que parece más adaptativo reconocer los sucesos negativos en los que uno ha tomado parte con el fin de aprender de la experiencia y controlar los efectos en las siguientes ocasiones: la *internalidad* (atribuir los éxitos o fracasos a los méritos o deméritos propios) suele estar más relacionada con la dimensión de control, mientras que la *externalidad* (atribuirlo al azar o las circunstancias) normalmente lo excluye.

Por ello, el objetivo al dar explicaciones a un niño es, primero, asumir una responsabilidad realista (en función de la internalidad) y, en segundo lugar, que esa responsabilidad sea “conductual” (transitoria, específica) y no “general” (permanente, global). Las críticas habrían de tender a **responsabilizar** (criticar una conducta modificable) **y no a culpabilizar** (criticar al niño como persona).

□ Modelos educativos y vergüenza

Aceptando que la vergüenza no fuera –como algunos autores postulan- una emoción innata, cabe preguntarse qué patrón educativo favorecería la aparición de vergüenza en el adulto.

Sin que haya un soporte experimental suficiente, la vergüenza parece estar relacionada por padres con actitudes inconsistentes, que dejan solos a sus hijos sin darles por lo general una justificación o por razones manifiestamente egoístas¹⁷², o padres que regularmente no cumplen las promesas que hacen. La idea de *ser traicionado* por los padres generaría dudas en el niño sobre el valor de uno mismo como persona : si a mi padre no le intereso, es que no le intereso a nadie.

En suma, se desarrollaría en el niño (y posteriormente quedaría como huella en el adulto) el sentimiento de que, como persona, no tiene la *legitimidad* para ser querido. Esta falta de *legitimidad* lleva al convencimiento de que a la gente no le interesan los sentimientos de otros, de que la persona no debe comunicar sentimientos íntimos porque molesta con ello (¿a quien puede interesar como me siento? ¿por qué voy a molestar con lo que siento si cada cual debe manejar sus cosas?).

Comparado con la culpa, la vergüenza se asociaría, a la *ausencia de disciplina*, a la presencia de *hostilidad percibida* de los padres hacia el niño, un escaso reconocimiento de las conductas correctas o de los resultados positivos¹⁷³. En suma, se trataría de niños que perciben hostilidad de sus padres y a los que éstos no les dicen lo que es correcto o no.

En un amplio estudio sobre determinantes de violencia intrafamiliar¹⁷⁴, se observó que ésta correlacionaba fuertemente con medidas de vergüenza y no con culpa, y se observó que los maridos maltratadores recordaban significativamente más experiencias infantiles en que habían sido castigados, reprendidos o humillados por sus padres y que estas situaciones tenían con mayor frecuencia un carácter aleatorio, público y global. Debe tenerse en cuenta el carácter retrospectivo del estudio.

En suma, mientras la culpa necesita de la confesión, la vergüenza estaría anclada en el aprendizaje del silencio.

2. Teorías sobre la vergüenza y la culpa

1. Aportaciones desde el psicoanálisis

En la teoría psicoanalítica clásica la culpa es una emoción de aparición tardía. Para Freud la culpa surge como una forma de angustia¹⁷⁵. En los estadios iniciales de la infancia esta angustia está relacionada con la posibilidad, real o fantaseada, de la pérdida del afecto. Es lo que denomina la etapa pre-super-yoica, en la que la persona define lo *malo* como aquello que, de ser realizado, conduce a la pérdida del amor de los demás. Por eso –afirma Freud– concluye, “no importa mucho si realmente hemos hecho el mal o si sólo nos proponemos hacerlo; en ambos casos sólo aparecerá el peligro cuando *la autoridad* lo haya descubierto, y ésta adoptaría análoga actitud en cualquiera de ambos casos» .

Esta fase finaliza, en la teoría freudiana, con la resolución del Complejo de Edipo, y la internalización de la autoridad. Aparece el super-yo y, a partir de este momento, el castigo no estaría por fuera de la persona, si el mal se hace o se piensa, sino en la persona misma. Dicho de otro modo, no se temería a la pérdida del afecto de los otros significativos, sino que se temería al super-yo. Castilla del Pino¹⁷⁶ ha criticado esta visión por considerar que, desde la óptica freudiana, en el adulto la culpa tendría sólo un referente individual, en las normas interiorizadas, sin que el contexto influyera.

En todo caso, en el psicoanálisis clásico la culpa será la emoción displacentera surgida de un conflicto entre el yo y el super yo¹⁷⁷. Así, por un lado, la aparición de la culpa significaría una transformación fundamental en la maduración de la persona: el paso del control externo al control interno de la conducta. Pero este proceso es, a la vez, considerado por Freud como beneficioso para la sociedad, pero negativo para el individuo puesto que frena la curiosidad, la creatividad y el desarrollo, y en casos patológicos puede llevar a actitudes de autocastigo o en casos extremos al suicidio.

La presencia de la culpa puede rastrearse, para el psicoanálisis, en toda la patología psiquiátrica. Dependiendo de cuales sean los mecanismos de defensa que frente a ella ponga en marcha el individuo podrán aparecer desde depresiones crónicas a rituales obsesivos pasando por manifestaciones fóbicas o histéricas. Por ello la literatura psicoanalítica es rica en la descripción de casos clínicos en los que la culpa *negada* por hechos del pasado es el hallazgo final que da coherencia a síntomas aparentemente inexplicables o vividos con indiferencia.

En coherencia con ello, la tarea básica del psicoanalista será lograr que la persona reconozca el conflicto oculto subyacente y no necesite desplazar la culpa a otro ámbito. Reconocer su existencia no sería, con todo, curativo en sí –como muestra la clínica diaria -. Freud propone poder asumir la responsabilidad del error como vía de curación.

Entre las aportaciones del psicoanálisis a las conceptualizaciones de la culpa merecen destacarse numerosos elementos: la relación entre culpa y ambivalencia en las relaciones objetales de la persona, la relación entre culpa y agresión y culpa y masoquismo, y el origen infantil de la denominada culpa omnipotente.

Culpa y ambivalencia.

Cuando en el Edipo el niño compite con el padre por el amor de la madre, surge, según Freud, el miedo a la castración y la culpa. La culpa –por desear a la madre arriesgándose a perder el afecto del padre- conlleva por tanto un núcleo básico de ambivalencia : detrás de la culpa existen *sentimientos simultáneos* de amor y odio hacia la misma persona.

Winnicott¹⁷⁸ es quien más ha desarrollado esta idea: la aparición de la culpa implica el crecimiento emocional, pues se debe al conflicto entre el amor y el odio a un mismo objeto, o sea a la ambivalencia, que es una situación inherente a la vida psíquica normal. La culpa surgiría, en el niño, de la represión de los deseos agresivos hacia el padre, al que por otra parte se ama. Como no es posible resolver este conflicto, las emociones se dirigen hacia dentro, contra la misma persona.

Si se tolera, este sentimiento de culpa puede transformarse en responsabilidad por las propias acciones, y en una mayor discriminación entre fantasía, mundo interno y mundo externo, y se abren las posibilidades de la reparación y de la creatividad.

Melanie Klein¹⁷⁹ afirma, en su análisis de la culpa y su relación con las etapas tempranas del desarrollo infantil, que ésta está en relación con los deseos agresivos y de destrucción del niño hacia la madre, de la que a la vez depende y ama. En la culpa hay, para Klein, una coexistencia de impulsos de dependencia y afecto y agresivos simultáneos. «La sensación de que el daño hecho al objeto amado tiene por causa los impulsos agresivos del sujeto la considero como la esencia de la culpa».

Para Melanie Klein, detrás de muchas vivencias podrá explorarse la existencia –a veces sutil y difícil de ver- de alguna actitud o acción de la persona que pudiera interpretarse como signo de *agresión* hacia aquel que es origen de la culpa. Esta idea resulta, en muchos –por ejemplo en el caso de un hijo respecto a su madre- inaceptable y horrorizante. La culpa será la expresión tolerable de esta agresividad que la persona esconde al super-yo.

El aprendizaje del sentimiento de culpabilidad estará entonces, por tanto, en relación con las primeras experiencias de frustración de la persona. El corolario de esto será que detrás de la ambivalencia y la culpa aparecerá la depresión. Melanie Klein habla de la *posición depresiva en el niño*, Spitz¹⁸⁰ de la aparición de la *depresión anaclítica* y Otto Fenichel¹⁸¹ de la *ambivalencia depresiva*. El denominador común es que la frustración del deseo llevaría a la culpa –por los deseos agresivos- y ésta finalmente a la depresión. Toda frustración experimentada por un sujeto requiere de una explicación que le de lógica y “cierre” el problema. Y la primera explicación que uno puede darse a si mismo es la de considerarse culpable de lo ocurrido. Esto llevará a la depresión, que sería a su vez un modo de evitar el rechazo que la culpa anticipa. Pero el énfasis de Klein y otros en los deseos agresivos no tolerados, no puede hacer olvidar, como indica Bleichmar¹⁸², que sin identificación y amor por el objeto, no hay culpa. La culpa es, primordialmente, un vínculo positivo. Cargado *en algunas ocasiones* de ambivalencia. El error de la escuela kleiniana sería, para él, pensar que esto es siempre así.

Culpa y deseo

Ya Freud formuló, en uno de sus primeros planteamientos sobre la culpa, que ésta provenía del conflicto entre el yo y el super-yo respecto a deseos inconscientes e inconfesables de la persona. Aparecen deseos de carácter sexual o agresivo como motor oculto de la culpa. Entramos en el terreno de lo indemostrable, de las hipótesis de carácter más especulativo del psicoanálisis. Lacan ahondó en esta misma línea en su análisis de la culpa¹⁸³.

Culpa y omnipotencia

Alice Miller¹⁸⁴ y otros psicoanalistas han profundizado en las raíces infantiles de la culpa omnipotente. Ella lo formula del siguiente modo: los adultos, a través de los mensajes de desacuerdo que lanzan, producirían un condicionamiento infantil entre el *acto malo* y el exterior. El adulto «obliga» al niño a considerar en un mismo plano lo malo que ocurre, lo malo que se hace y lo malo que se es. En una situación típica un niño que se cae corriendo por la calle es calificado de “malo”. Le ha ocurrido algo malo (caerse), al parecer por hacer algo malo (correr) lo que indica una condición del niño (“es” malo). Este tipo de mensaje establece una relación simbólica entre los *hechos negativos de la vida* y la *persona*. Si algo malo te ocurre, algo malo habrás hecho. La consecuencia será que en las etapas infantiles y en ocasiones en la misma vida adulta la persona se atribuye responsabilidades ilógicas o desmesuradas ante hechos cotidianos que le ocurren.

Culpa y agresión

Otro de los temas clásicos del psicoanálisis ha sido el de la relación entre culpa y agresión. Muchos autores lo han puesto de manifiesto, pero es quizás Grinberg¹⁸⁵ quien más explícitamente ha desarrollado una teoría de la culpa al respecto. Distingue dos formas básicas de culpa: una *persecutoria*, en la que la culpa se proyecta fuera del sujeto, como mecanismo de defensa, para así esconder aún más la culpa real ante sí. Agredir como un modo de pasar al acto y evitar escuchar o pensar. Aparecen en este tipo de culpa componentes destructivos, resentimiento, autoreproches.

Esta se distinguiría de la *culpa depresiva*, en la que ésta se vive una y otra vez en un movimiento constante de reversión sobre sí mismo, predominando la reparación, la pena y la preocupación por el objeto de la culpa.

Caso especial es el de la culpa asociada al duelo. Desde una óptica psicoanalista (p.e. en *Duelo y Melancolía*) la culpa resulta en realidad de la introyección de la agresión que originariamente iría dirigida hacia lo perdido. La agresividad inconsciente hacia aquello que nos abandona, se expresa a través de la culpa.

Culpa y masoquismo

Goldberg¹⁸⁶ y otros psicoanalistas han conceptualizado, de manera polémica, la culpa como una forma de *masoquismo moral*. La culpa sería vista, desde esta óptica, como una emoción irrenunciable por la necesidad de castigarse. Este tipo de culpa sería poco abordable en terapia, porque cumple una función psíquica y genera sentimientos de gratificación

En una línea paralela estaría la búsqueda del sufrimiento por la convicción interna de que se merece un castigo por la existencia de deseos, fantasías (o incluso hechos) inconfesables. Así, por ejemplo, personas cuya posición en el mundo –como se presentan a

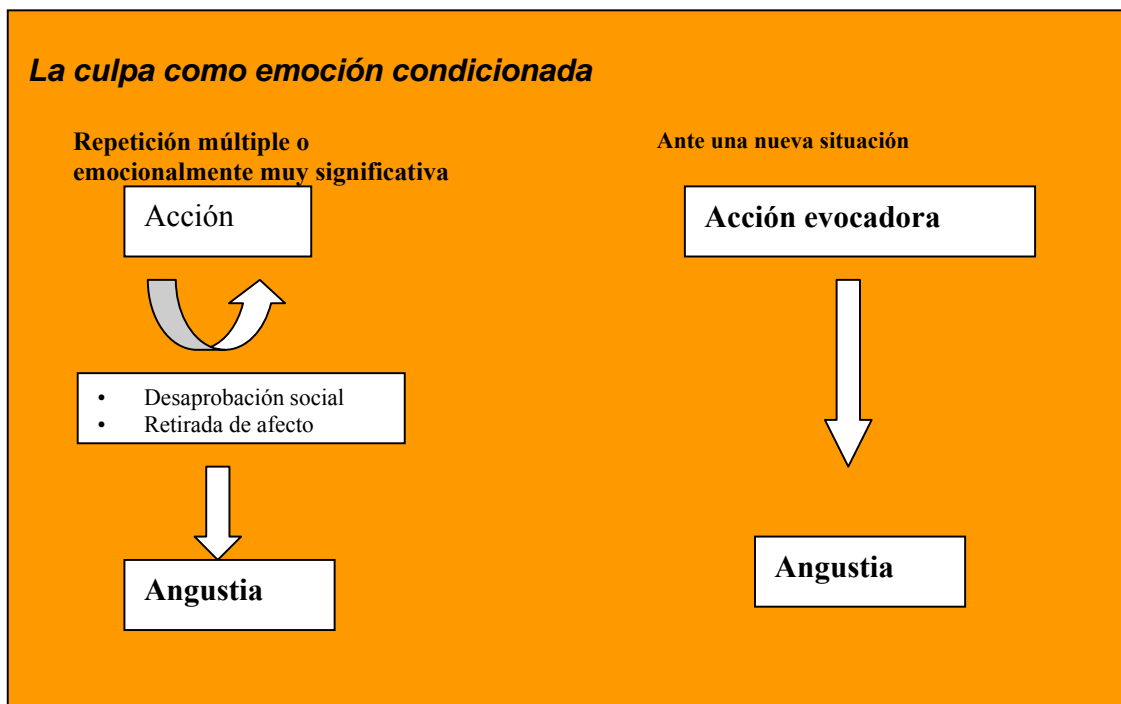
los demás- es siempre como *cuidadores*, que permanentemente anteponen los deseos ajenos a los propios, y cualquier excusa es suficiente para renunciar a una posible fuente de satisfacción en beneficio de otro.

Bleichmar¹⁸⁷ en un estudio sobre la relación entre masoquismo y culpa nota como algunos padres producen sentimientos de culpa en sus hijos a través de un recordatorio constante de sus sufrimientos, de lo que han hecho por ellos, con reproches si el hijo da muestras de independencia o de ser feliz. Se utiliza la culpabilización como forma de control y de fidelidad. De manera directa y abierta o de manera encubierta, el goce del hijo es reflejado como una traición a los padres sacrificados. Si el hijo no es capaz de ver el juego perverso, se generarán sentimientos crónicos de culpa por separación o al acceder a cualquier objeto o condición que otros no tienen. En la práctica, es aquella persona que vuelve de un viaje habiendo comprado y regalando todo aquello que en el fondo hubiera querido comprarse para sí. Pero encuentra mayor satisfacción (masoquista), desde la culpa, en regalar todo a los otros. La persona se priva de todo (“yo no lo necesito”) aunque en realidad el super-yo no consiente el gozo que en el fondo sí desea.

Habla este autor de un *super-yo sádico o indiferenciado* frente a un *super-yo normativo*. Este *super-yo sádico*, cuando aparece, critica y destruye a la persona haga lo que haga. Sistemáticamente y sin estructura todo es objeto de crítica y castigo. Su origen estaría en uno o los dos padres que odiaban al hijo y así se han encargado de transmitirlo. Ese mismo odio interiorizado sería el que representaría el super-yo sádico. El único camino en terapia es llegar a mostrar al paciente ese odio hacia sí mismo y como ese odio precede a cualquier juicio, buscar las raíces en la biografía personal y asumir que las infracciones son solo excusas para que el odio hacia sí se manifieste¹⁸².

2. Aportaciones conductuales

Algo tan intrapsíquico como la culpa, no puede haber sido objeto de excesivo interés por la ortodoxia conductista. La culpa aparece como una emoción displacentera asociada con determinadas conductas a través de un proceso de condicionamiento. Habría, por tanto, un proceso de modelado ambiental de la culpa.



En el modelo conductual clásico las acciones se referirían a hechos de conducta. En los modelos cognitivos posteriores incluirán emociones, pensamientos, deseos o fantasías. El origen de la culpa es la regulación social : el hombre toma conciencia de que vive con otros, que son los que le muestran por qué cosas debe sentirse culpable^{a188}.

Este modelo se ha ido complicando con el paso de los años: ¿Qué tipo de elementos de desaprobación social o de retirada de afecto son generadores de culpa y cuales no? ¿La asociación es tan mecánica o existen mecanismos de procesado de información?, si la culpa está condicionada por modelado social ¿puede demostrarse una relación entre la culpa y la asimilación de elementos culturales no explícitamente verbalizados por ninguna figura de autoridad significativa (por ejemplo a través de la televisión, el cine, conversaciones de extraños...)? ¿Cuál es el tipo de acciones que generarán culpa? ¿Cuál es la relación que debe existir entre las acciones condicionadas y las acciones generadoras (relación directa o

^a Este planteamiento coincide con el que hace Castilla del Pino (Castilla del Pino, C. (1973) La culpa. Alianza Editorial. Madrid. Pg 55-57). Parece haber una coincidencia de escuelas en aceptar que la culpa es una emoción esencialmente *social*.

en realidad probablemente simbólica; ¿de qué elementos depende entonces que se establezcan estas asociaciones?).

Aceptar un modelo excesivamente mecanicista plantea la duda respecto a la generalización del condicionamiento emocional: las normas sociales tipifican de manera positiva o negativa un reducido número de conductas, notablemente inferior al número de conductas posibles: ¿cómo se realiza la generalización a circunstancias nuevas o inesperadas sin la intervención de un yo consciente que ejerza una función evaluativa y que adopte un estándar respecto a lo que es bueno o malo.

Este tipo de interrogantes son los que se han intentado responder desde estudios de psicología evolutiva y del desarrollo y con la propuesta de paradigmas socio-cognitivos.

3. Estudios cognitivos

Edward Kubany representa el extremo más cognitivista de la culpa¹⁸⁹. Formula un modelo basado en cuatro grandes grupos de creencias erróneas : (a) *Hindsight bias* o reevaluación errónea de los hechos, que sería la principal, (b) distorsión en la atribución de responsabilidad personal, (c) distorsión en la justificación por la que se tomó una determinada decisión que luego resultó errónea y (d) culpa por decisiones imposibles (*catch-22 guilt*). Ello vendría mediado por el papel de ocho variables contextuales potenciadoras o mitigadoras de la culpa : (1) que los hechos significaran daño a otros, (2) cercanía física a los hechos generadores de culpa (3) daño causado a la pareja (4) daño que sea irreparable (5) hechos causados por el hombre (versus causados por el azar) (6) situaciones en que cualquier camino tendría una consecuencia negativa (7) hechos que producen consecuencias injustas o no equitativas (8) ser acusado por parte de otros. Llega incluso a proponer que la magnitud de la culpa sería directamente proporcional al número de errores cognitivos y de circunstancias contextuales concurrentes en un caso determinado.

En realidad, aunque es presentado como un modelo multicausal y omnicompreensivo, se trata de una aposición, sin hilo conductor ni coherencia interna, de observaciones del autor y estudios metodológicamente poco consistentes procedentes esencialmente del grupo de Baumeister¹⁹¹. Pretender definir la culpa por el tipo de errores cognitivos o por variables contextuales es como pretender definir el trastorno bipolar por el subtipo de las conductas expansivas o por el tipo de familia del paciente, elementos sin duda relevantes, pero que no son nucleares al trastorno y no pueden sustituir a la neurobiología y la psicopatología. Con todo, este tipo de formulaciones cognitivistas radicales dan pistas útiles y relevantes para formular posteriormente un modelo integrador en psicoterapia.

June Tangney, probablemente la autora más citada desde mediados de los noventa, representa una visión cognitivista más abierta¹⁹⁰, que intenta integrar elementos de psicología evolutiva, neurobiológicos y sistémicos. Sus investigaciones durante los últimos quince años, amplían las teorías de Lewis¹⁵⁸ que veremos más adelante y se han dirigido monográficamente, a establecer criterios que avalen la diferencia entre la culpa y la vergüenza como emociones. Esta distinción es, para ella, la piedra angular sobre la que basar las teorías contemporáneas de la culpa. Sus estudios, metodológicamente muy

limitados^a buscan avalar la hipótesis de que la culpa (asociada a “si no hubiera”) es una emoción reguladora social, que promueve las conductas altruistas (donación de sangre, ayuda a extraños, colaboración con asociaciones...), facilita la tendencia a perdonar a los demás o a negociar adecuadamente conflictos. La vergüenza (asociada a “si no fuera”) en cambio, sería una emoción destructiva que estaría mucho más asociada a un rencor latente, a explosiones de ira y rabia y a conductas heteroagresivas.

Distinción entre culpa y vergüenza.

La tabla siguiente recoge y amplía estas ideas y constituye un resumen elaborado a partir del conjunto exhaustivo de trabajos de diferentes investigadores recogidos en el libro editado por Tangney y Fischer (1995)¹⁹⁰.

Estos autores han logrado volver a colocar a la culpa, considerada hasta los noventa patrimonio de psicoanalistas en primera línea de la investigación académica. Pero el énfasis en la distinción entre culpa y vergüenza, pasando a considerar a ésta última como el auténtico núcleo de trastornos y sufrimientos y aquella como un simple subtipo de vergüenza al que se ha prestado excesiva atención, ha provocado una gran confusión. El problema de fondo es semiológico por la existencia de terminos que parecen léxicamente relacionados y en realidad no lo son. Esta confusión es hasta cierto punto común en inglés (confusión entre *shame*, *shyness* y *ashamed*) y en castellano (confusión entre *vergüenza*, *vergonzoso* y *avergonzado*).

^a Están basados en estudios con estudiantes de psicología con una escala diseñada *precisamente* para distinguir culpa de vergüenza. Acorde con su modelo, el TOSCA (Test of Self Conscious Affects) presenta 15 situaciones (10 negativas y 5 positivas) sacadas de la vida real de un ciudadano norteamericano de clase media (del tipo “*Te comprometes a hacer dieta pero cuando pasas por una pastelería te compras una docena de pastelitos..*” ó “*Sales de un examen creyendo que te ha salido muy bien. Más tarde te enteras que lo has hecho mal*”). La persona lee cada uno de estas situaciones y puntúa en una escala de 1 a 5 la probabilidad de que ella hubiera reaccionado de un determinado modo. El TOSCA mide la tendencia a respuestas de vergüenza, de culpa, de externalización (atribuir a los demás), de distanciamiento-despreocupación, de orgullo “alfa” (de sí mismo), y orgullo “beta” (de lo que uno hace). Obsérvese que se trata de evaluaciones percibidas (lo que uno cree que haría). Hay versiones para niños, adolescentes y adultos. Deben verse con cautela las generalizaciones derivadas de estudios tan dependientes del medio, de la cultura y la clase social y del instrumento de medida.

Diagnóstico diferencial entre culpa y vergüenza

	Vergüenza (Shame)	Culpa (Guilt)
Elementos compartidos	<ul style="list-style-type: none"> • Las dos son emociones “morales” • Las dos son “autoconscientes”, referidas a uno mismo. • Las dos tienen connotaciones negativas • Las dos implican algún tipo de atribuciones internas • Las dos se experimentan típicamente en contextos interpersonales • Los hechos negativos que las provocan son muy similares (implican, frecuentemente fallos morales o transgresiones). 	
Foco de evaluación	Global (YO hice algo horrible)	Conducta específica (Yo HICE algo horrible)
Nivel de distrés	Generalmente más dolorosa y cuestionadora que la culpa	Generalmente menos dolorosa que la vergüenza
Experiencia asociada	Hundirse, encogerse, sentirse pequeño, sentirse sin valor, impotente...	Tensión, remordimiento, reproches...
Funcionamiento del yo	“Dividido” en un yo sujeto y un yo observador	Usualmente, yo único intacto
Impacto sobre el yo	Imagen del yo devaluada por la evaluación global	No devaluada
Foco de Preocupación	Por la evaluación que los demás hacen de uno	Por el daño inflingido a los demás
Aspectos motivacionales	Deseo de esconderse o escapar	Deseo de confesar, disculparse o reparar.

Fuente : Elaborado a partir de Tangney J, Fischer KW (1995)

Fuentes de confusión en el uso contemporáneo de la palabra "vergüenza" (*shame*)

Se utilizan de manera intercambiable y provocando probablemente malentendidos conceptuales las siguientes ideas :

- √ VERGÜENZA como timidez, en su acepción popular de ser vergonzoso. Esta vergüenza viene definida en términos clínicos por *el miedo y la hipersensibilidad a la evaluación negativa por parte de los demás*. Correspondería con déficits de autoestima o baja fuerza del yo, y tendría probablemente un substrato biológico –caracterial- y componentes educativos mitigadores o potenciadores. Tiene que ver con la autoconciencia y la autoobservación.

Desde esta óptica la vergüenza (ser "vergonzoso") constituiría un *factor de riesgo* para la existencia de culpa pero no culpa y sería probablemente la acepción a mantener. Entroncaría con los conceptos anglosajones de *shame, shyness* y *ashamed*.

- √ Vergüenza como el horror ante la imagen de sí proyectada a otros. En el núcleo no hay necesariamente un daño inflingido a los demás, sino que ésta se produce bien por (a) empatía con el sufrimiento de otros, bien por (b) conciencia de sí y de la percepción que los demás pudieran tener de uno.

A esta vergüenza correspondería la mal llamada *culpa por sobrevivir* y que Primo Levi, Steinberg y otros se empeñan – con razón - en llamar *vergüenza*. A este tipo correspondería también la llamada *culpa ontológica* (el *horror radical* ante lo que es capaz de hacer un ser humano a otro ser humano) y que en propiedad sería una forma de *vergüenza ontológica* : *No soy "culpable" de ser un ser humano : me avergüenzo de ello. La mancha de lo hecho, me alcanza a mí, en cuanto a miembro de la especie.*

Esta vergüenza, como horror – fundamentalmente como víctima, como testigo directo o como testigo vicario - ante una realidad de la que indirectamente se es partícipe, si requiere una clara distinción de la culpa, y mezclarla confunde a quienes la sufren y a quienes intentan ayudar a enfrentarla, porque el núcleo y el foco son otros.

Sería, probablemente, un subtipo especial de vergüenza, especialmente difícil de separar de la culpa (ver más adelante un análisis más detallado en la sección dedicada a la vergüenza por sobrevivir).

- √ Vergüenza como *expresiones descalificantes globales en el contexto de un hecho culpógeno*.

Kubany¹⁸⁹ transcribe una sesión con una paciente que ha sufrido abusos repetidos para explicar la distinción que habría entre "culpa" y "vergüenza" : "Debería haber escuchado a mis padres (culpa). No debería haberme movido de su lado (culpa). ¡Qué estúpida! (vergüenza). Tenía todos los signos de aviso y los ignoré (culpa). ¿Y por qué no le abandoné tras el primer aborto? (culpa). Me sentía sucia y avergonzada sólo de contárselo (vergüenza)".

Pretender que cada vez que el paciente dice "soy" siente vergüenza y cada vez que dice "hice" siente culpa parece quizás algo ingenuo. Hablar de "soy" en el contexto de un hecho culpógeno constituye en realidad simplemente un error (si se quiere cognitivo) de generalización de la culpa. Debería por tanto hablarse de culpa generalizada y no de vergüenza. Otra cosa es que el análisis de la emoción expresada por el paciente (independientemente de cómo la exprese) corresponda con una vivencia profunda de vergüenza, tal y como se recoge en la primera definición. Obsérvese que la auténtica vergüenza es muy difícil de abordar en psicoterapia, mientras que la que denominamos culpa generalizada cede fácilmente al razonamiento socrático.

En suma, la primera acepción (y la segunda como subtipo) sería la más ajustada a la tradición psicológica, mientras que la tercera, que aparece en los textos de Tangney y otros autores, usada indistintamente con la primera, supone un significado excesivamente sobreincluyente y que favorece la confusión

4. Teoría interpersonal de la culpa

Baumeister¹⁹¹ va más allá para considerar que mientras las teorías tradicionales de la culpa la han visto como un fenómeno intrapsíquico basado en el juicio crítico de uno mismo, puede proponerse de manera alternativa una visión de la culpa como un fenómeno interpersonal basado en las relaciones cercanas, especialmente en las relaciones íntimas. Desde esta óptica una persona se sentiría culpable cuando se beneficia de manera no equitativa de otras personas (generalmente su pareja), en base a acciones que provocan daño, pérdida, distrés o engaño. La culpa sería, por un lado, un mecanismo regulador de intercambios, por otro una herramienta de manipulación y control interpersonal y por último un reequilibrador de emociones entre personas¹⁹². En sus estudios analiza qué factores hacen que unas personas se sientan culpables en las relaciones interpersonales y otras no.

Se trata de una visión interesante, pero sin duda parcial, desde el punto de vista teórico, por cuanto la culpa se genera a partir de una trasgresión de normas y existen hipotéticas normas transgredibles en todas las esferas de la vida humana. La interpersonal es una pequeña parte de la multitud de culpas posibles del ser humano.

Pero sí abre un campo de reflexión útil para la psicoterapia : analizar cuales son los *aspectos funcionales* de las relaciones generadoras de culpa, y hasta qué punto las vivencias de culpa de un paciente pueden explicarse en términos interpersonales (y actuar psicoterapéuticamente en esta dirección). En un interesante estudio Baumeister¹⁹² y otros hacen un análisis de contenido de narraciones de estudiantes de psicología sobre situaciones en que *alguien les ha hecho sentir culpable* o que ellos *han hecho sentir culpables* a otros. Del análisis surgen cinco elementos funcionales culpógenos que suelen emplearse en la vida real:

La perspectiva interpersonal Formas de generar culpa en otros (Baumeister (1995))		
Por orden de frecuencia, los mecanismos empleados para generar culpa en otros son:		
Mecanismo	V	P
1. Reprochar constantemente al otro cosas que <i>no ha hecho</i> (errores de omisión) presuponiendo malevolencia	70%	53%
2. Exagerar el sufrimiento propio al explicar cosas que han sucedido	45%	16%
3. Reprochar cosas que ha hecho (errores por acción)	23%	53%
4. Echar regularmente en cara errores del pasado	18%	37%
5. Crear falsas historias (distorsiones, mentiras, hechos falsos) colocando al narrador en una falsa posición de víctima	-	16%

V : Citado en rol de *víctima* P : Citado en rol de *perpetrador*

5. Una visión desde las emociones positivas: la teoría de Weiss y O'Connor.

El repaso a los modelos de la culpa que venimos haciendo muestra muchos elementos comunes (ideas muy similares con el foco o la terminología algo distintos) y algunas aportaciones originales. El modelo de Weiss y O'Connor tiene mucho de esto: vino viejo en odres nuevos. Pero entronca con la línea de trabajo que definíamos en el texto sobre culpa y resistencia: trabajar no sólo desde las emociones negativas, sino también desde la resistencia y el crecimiento postraumático.

Weiss¹⁹³ parte inicialmente en sus formulaciones del psicoanálisis (se reconoce como psicoanalista) para dar un giro a su teoría. Freud –dice ella- y el psicoanálisis en general, han dado una visión de la mente como regulada por procesos inconscientes desorganizados, maladaptativos y antisociales. Es necesario un super-ego que controle al ego y al id. En lugar de esto considera Weiss que deben entenderse las funciones cognitivas humanas como desarrollos evolutivos adaptativos. En este sentido, y entroncando con las teorías del attachment de Bowlby y otros, es plausible pensar que se desarrollen instintos y tendencias que promuevan la solidaridad y la cohesión social: el altruismo y la empatía. Para Weiss, la culpa sería el resultado del quiebre de los principios de altruismo, de empatía y cuidado de los otros.

O'Connor¹⁹⁴⁻¹⁹⁵, discípula de Weiss, ha complementado y ampliado este modelo. Considerado el altruismo y las conductas de cuidado como fundamentales en la evolución humana, propone que pueden crear importantes conflictos internos, inhibiciones y problemas psicológicos tanto a nivel consciente como inconsciente. Así, la culpa (interpersonal) surge del conflicto entre los intereses propios y los principios de altruismo, empatía y cuidado.

El origen de la culpa, desde el modelo de O'Connor y Weiss, no tendría que ver con la superación del Edipo, sino con elementos relacionados con el aprendizaje directo : todos los seres vivos (y los niños desde que nacen) formulan teorías sobre aquello que les rodea, y ponen a prueba las hipótesis que surgen. Las expectativas y las creencias sobre el mundo se forman incluso antes de que el niño se pueda comunicar verbalmente. A lo largo de la vida la persona forma nuevas creencias y expectativas, que asientan sobre las preexistentes.

Los niños, en los primeros años de desarrollo son especialmente vulnerables al desarrollo de creencias erróneas por varios razones : (a) carecen de experiencias previas con las que comparar aquello que están viviendo, y pueden creer que aquello que ocurren en su familia es lo que se supone que *debe* ocurrir. Al fin y al cabo es todo lo que conocen. (b) Los niños intentan adaptarse tanto como pueden al ambiente en el que están y establecer conexiones y vínculos con sus padres y hermanos. Sus creencias serán, en parte, el resultado de sus esfuerzos de adaptación (c) gran parte de las conductas sociales en primates se aprenden por imitación. Un niño que observa a su padre gritar a su madre constantemente es probable que aprenda que eso es lo que debe ocurrir. O una chica que tiene un padre alcohólico que infunde temor al resto de la familia, puede desarrollar la creencia de que los hombres se supone que deben infundir temor y hacer una elección de pareja similar a la que hizo su madre. (d) En su intento por dar sentido al mundo, además, los niños tenderán a racionalizar y buscar una lógica a lo que ven, para tener un sentido de coherencia. Dentro de esto, es especialmente relevante, en determinados períodos, la

tendencia a la omnipotencia, que puede hacer creerles responsables de las situaciones familiares que ocurren a su alrededor.

O'Connor ha criticado abiertamente las concepciones de Tangney por considerar que obedecen a un modelo de sociedad occidental individualista que pone todo en el self y prescinde de la sociedad^a.

La culpa del superviviente, por ejemplo, vendría motivada según esta teoría por el impulso de base etológica tendente a primar la supervivencia del grupo sobre la del individuo en contextos donde (a) la comida es escasa (b) hay miembros (niños) que no son autosuficientes. Estaría en la línea de las leyes de reciprocidad comunitaria y de equilibrio de las sociedades tradicionales no occidentales, en las que el hecho de que alguien se enriquezca rápidamente y no comparta en términos de dinero o sociales, era visto como una trasgresión del equilibrio y podía conllevar a esta persona enfermedades o *mal* si no se reequilibraba. O'Connor cita estudios, para hablar de la culpa interpersonal, en que se describen conductas de 'solicitud de limosna' entre chimpancés. Estas generan en aquel a quien se pide enojo al principio y ayuda después y podrían constituir formas originarias de disconfort ante la desgracia ajena.

La plasmación práctica de esto en un esquema de psicoterapia es, por el momento, pobre. Parte de la idea de que el altruismo y las conductas prosociales pueden usarse como modelo explicativo para los pacientes con sentimientos de culpa e intenta construir nuevas narrativas en base a esto. Pero parece tratarse de ideas aplicables a un modesto grupo de pacientes, al menos de aquellos con culpas graves. Cuando la mayoría de autores y corrientes coinciden en que detrás de la culpa existe con frecuencia la ambivalencia, promover en terapia el mensaje de que la culpa es una manifestación de base fundamentalmente biológica de *lealtad* y de *deseo de cohesión* puede hacer sentir a la persona más atrapada todavía y más perpleja. Una visión positiva de la culpa -sin duda un objetivo a perseguir en la investigación en psicoterapia- no puede basarse en ofrecer interpretaciones o metáforas que aunque intelectualmente atractivas, no parten del análisis experiencial y las hipótesis del propio paciente y pueden bloquear el proceso para intentar dotar de significado a esa vivencia de culpa.

6. Aportaciones de la psicología social a la teoría de la culpa.

Aunque la culpa no ha sido un tema específico de la psicología social, si existen muchos temas clásicos de esta disciplina que aportan ideas muy interesantes a la comprensión y el trabajo sobre la culpa.

- **Teorías del remordimiento**

^a Para sus investigaciones ha desarrollado un instrumento de medida alternativo al TOSCA que utiliza Tangney, el Interpersonal Guilt Questionnaire, compuesto por cuatro subescalas: *culpa por sobrevivir* (culpa cuando a uno le van mejor las cosas que a los otros, en la vida en general, en el trabajo, en la familia, y, por supuesto, ante la muerte), *culpa por separación* (no estar cerca de las personas significativas), *culpa por responsabilidad omnipotente* (cuidar y asumir responsabilidades desmesuradas respecto a los que nos rodean) y *odio contra uno mismo* (autodesprecio por errores e incapacidad, en la línea de la vergüenza de Lewis y Tangney). Sus estudios han incluido no sólo a estudiantes universitarios, sino a grupos clínicos (en especial mujeres maltratadas).

Lo que si ha estudiado la psicología social, de modo indirecto –conectado con los estudios sobre el origen de las conductas altruistas- es la psicología de los remordimientos (*remorse*) o los autoreproches (*regret*).

- Remordimientos y percepción interpersonal. En estudios de percepción interpersonal se muestra cómo la confesión es un modo excelente de formar una impresión positiva en el otro. Pero para que este efecto se produzca no bastaría, según los estudios, con *referir* lo ocurrido. En análisis multivariantes se observa que los dos elementos fundamentales son : (a) expresar, junto al reconocimiento de los hechos, un arrepentimiento (b) transmitir una causa estable (“*tengo problemas con la bebida*”) versus circunstancial (“*no sé porque me enfadé ese día*”)¹⁹⁶ para la trasgresión.

- Remordimiento^a y estrategias de afrontamiento. Otra línea de investigación ha averiguado qué tipo de estrategias (activas versus pasivas) son susceptibles de provocar mayores remordimientos después. Los resultados parecen coincidir en que la *acción* es más susceptible que la *inacción* de provocar remordimientos si el resultado final es negativo. La pasividad es, pues, más protectora ante los remordimientos. Esto es especialmente así cuando la persona se ha visto en situaciones similares con anterioridad y reaccionando del mismo modo (con acción o inacción) el resultado final había sido positivo. Si en experiencias anteriores el resultado fue de todos modos negativo, es la inacción la que genera más remordimientos¹⁹⁷. Por otro lado, como era de prever, los remordimientos disminuyen cuando la persona actuó según creía que debía hacerlo y aumentan cuando no pudo hacerlo así¹⁹⁸.

Curiosamente, en un trabajo en el que se pedía a las personas que escribieran las situaciones de las que más se arrepintieran de su vida, las que les resultaran más dolorosas de recordar y puntuaran luego la intensidad del remordimiento, se describieron abrumadoramente más situaciones por “no hacer” que por “hacer”, si bien la intensidad del remordimiento producido era similar en ambos tipos de situaciones¹⁹⁹. Algo así ya lo había dicho Borges, aunque sin soporte experimental.

Este efecto, además, varía con la edad. Al hacer balance se observa que en personas jóvenes una atribución con fuerte control interno protege de la presencia de remordimientos, mientras que en personas mayores ocurre exactamente lo inverso²⁰⁰, probablemente porque ya no queda mucho tiempo para corregir.

- Remordimiento y conducta antisocial. Otra línea de investigación en los márgenes de la culpa es la referida a las motivaciones y consecuencias de las conductas antisociales. En un trabajo con pre-adolescentes con trastornos graves de conducta²⁰¹ se analizó las estrategias usadas por estos para no sentir culpa usando un cuestionario con tres factores: acusar a la víctima, derivar la responsabilidad a otros y evitar pensar en los hechos. Observaron que el único factor que correlacionaba claramente con las conductas antisociales era la derivación de responsabilidad a otros, con solo una débil asociación con intentar no pensar. Es decir, desde esta perspectiva hacer una atribución externa de control actuaría como protector frente a la culpa y favorecería las conductas antisociales.

^a El concepto de *regret* usado en este contexto no alude exactamente a remordimientos, sino a arrepentirse de la decisión tomada. El concepto de remordimientos tiene unas connotaciones adicionales de rumiación sobre el error.

- Atribución de control y culpa. Una de las relaciones más complejas y aún no resuelta es la que pone en relación la atribución de control y la culpa. En un estudio con supervivientes de accidentes de tráfico graves se sugiere que una atribución de control fuertemente interna actuaría como mecanismo protector frente al trastorno de estrés postraumático²⁰², conllevando como precio, mayores vivencias de culpa. Atribuir el accidente a un fallo mecánico o a las circunstancias provocaría menos culpa, pero más indefensión, y más dificultades para volver a conducir, es decir mayor prevalencia de estrés postraumático.

En general suele afirmarse que a más atribución de control externo, menos remordimientos o culpa, pero esta relación dista mucho de estar clara, existiendo probablemente variables mediadoras que todavía desconocemos que hacen que haya un importante componente dependiente de las circunstancias en que se produjeron los hechos.

- Atribución de causa y culpa. La psicología social ha establecido dos leyes de la atribución replicadas en múltiples experimentos²⁰³: (a) La tendencia a pensar que la conducta de los otros se explica por factores internos y estables y la propia por externos o circunstanciales (por ejemplo, si alguien nos grita es porque *es* prepotente, intolerante y creído, si nosotros gritamos es porque *tenemos* un mal día) (b) La tendencia a, cuando tenemos éxito, encontrar la causa en nosotros mismos, y cuando fallamos, a atribuirlo a causas ambientales. Se ha postulado que la inversión de estos sesgos de atribución podría explicar la tendencia a la depresión crónica y a la culpabilización: cuando algo va mal, es porque yo *soy* malo haciendo esas cosas.

Se habla de *externalización* de la culpa como de la tendencia de atribuir a otros la causa de las cosas negativas de las que uno es acusado^a. La externalización correlaciona positivamente con la vergüenza (*shame*) y negativamente con la culpa (*guilt*) y es vista por Tangney (op cit. pg 123ss) como una estrategia útil a corto término (permite salvar “dignamente” la circunstancia), pero negativa a largo término (la persona se cierra puertas y aísla progresivamente).

- Culpa, control social y libertad.

La escuela de Frankfurt (p.e. Fromm, Adorno, Marcuse) fue pionera en profundizar la visión negativa de Freud sobre toda forma de culpa, analizando el papel de la culpa como una forma de control social²⁰⁴. En un intento por buscar la aprobación y evitar el rechazo (es decir, por el miedo a abandonar la seguridad del gregarismo) la persona acepta la imposición de actitudes o conductas autoritarias y permite su manipulación.

Este tipo de ideas encajaron bien con el momento histórico y dieron lugar a un amplio grupo de autores a cabo entre la filosofía y el psicoanálisis (la corriente freudo-marxista).

Esto abrió el debate respecto a la institución educativa como cárcel emocional (p.e en los textos de Foucault y otros). Los padres y la escuela serían los instrumentos que utiliza la sociedad para reprimir y culpabilizar a sus miembros desde el mismo momento del nacimiento. El debate, atractivo en la teoría, quedó resuelto en la práctica con las experiencias de educación libertaria radical de los años setenta (p. ej. la escuela

^a La externalización es una de las subescalas del cuestionario T.O.S.C.A. de Tangney

Summerhill)²⁰⁵. Los resultados de estos experimentos no pudieron ser más desastrosos para los niños, según ellos mismos evaluaban en reuniones de ex alumnos años después, ya cerrada la escuela. El debate no es la existencia o no de normas (alguien las va a poner, y en todo caso probablemente debe haberlas) sino con que estas tengan que ver con valores de libertad, de apoyo mutuo y de respeto.

La psicología social ha investigado ampliamente los efectos del sentimiento de culpa sobre el acatamiento, con estudios similares a los clásicos de obediencia a la autoridad de Milgram. En múltiples estudios replicados de manera consistente se muestra que generar culpa en la persona hace que posteriormente acepte mejor requerimientos ajenos. Lo grave de lo que han mostrado estos estudios es que el intento por mitigar la culpa no tiene necesariamente por qué implicar a la persona dañada –de hecho en ocasiones se evita activamente cualquier contacto con ella-. Generar culpa haciendo que alguien provoque daño se convierte así en una técnica poderosa para lograr el acatamiento. Este binomio culpa-obediencia es uno de los pilares sobre los que se basa, por ejemplo, el entrenamiento y formación de torturadores donde la sumisión es una manera de huir de la culpa provocada por las primeras atrocidades en las que la persona debe participar.

- Culpa y reparación.

Profundizando en esta idea de las consecuencias de la culpa en las interacciones personales diversos autores han estudiado las razones que llevan a las personas a compensar a otras tras causarles daño. Walster y Berscheid formularon en base a diversos modelos experimentales la denominada Teoría de la equidad²⁰⁶. Cuando una persona hace daño a otra se produce un desbalance interno que crea discomfort que hace tender a la persona a intentar equilibrarlo. Para ello puede intentar hacer una conducta compensadora o resolverlo psicológicamente (en cuyo caso el primer mecanismo espontáneo que aparece es el de acusar a la víctima por lo que le ocurre, minimizando la responsabilidad propia). Los experimentos muestran la tendencia a realizar conductas de compensación cuando estas pueden hacerse sin excesivo coste y sin crear más desigualdades. Por ejemplo, en un caso banal cotidiano pero ilustrativo, si se destruye por error un objeto de otra persona, se tiende a restituirlo (a) si puede conseguirse el mismo objeto y no uno de notoria inferioridad que de vergüenza al entregarlo (b) si el costo del mismo no es considerado excesivo. En caso de que no se den estas condiciones, se pondrán en marcha los mecanismos psicológicos de resolución de la culpa. Entran entonces en juego otras variables para desarrollar conductas reparadoras: el nivel de conocimiento previo e intimidad con la persona afectada, la plausibilidad de mantener contactos frecuentes en el futuro, el uso de estereotipos (por ejemplo si la persona afectada pertenece a alguna minoría social) etc

- Teoría de la disonancia cognitiva y sus implicaciones en una fenomenología de la culpa

Se entiende por disonancia la inconsistencia entre dos elementos contradictorios. Parece plausible que la culpa surja de la disonancia entre normas y actos. La teoría clásica de la disonancia ha mostrado, en su conceptualización original, posteriormente parcialmente rebatida, que los actos suelen imponerse a las normas, tendiendo el sujeto posteriormente a buscar, a corto término, justificaciones para esos actos, y a largo,

cambios en las normas internas que prevengan futuras disonancias. Han existido numerosas teorías posteriores que han matizado este hallazgo.

La versión contemporánea de esta teoría es la teoría de la discrepancia (*self-discrepancy theory*)

7. Teorías constructivistas de la culpa: el modelo de discrepancia.

La teoría de la discrepancia conceptualiza las emociones negativas en general –y la culpa en particular- como el resultado de la incompatibilidad entre creencias de la persona²⁰⁷ y considera su objeto de estudio predecir qué tipo de creencias incompatibles provocaran qué tipo de emociones negativas.

Para ello considera que existen tres tipos de dominios y dos posiciones de partida del *self*, que son los reflejados en el siguiente cuadro, y que darán lugar a seis posibles tipos básicos :

Dominios del self	Posiciones de partida	
	Personal	De alguien significativo (p.e. madre, padre, esposa, amigo íntimo...)
Self real. Que es la representación de los atributos que alguien (tú u otro) cree que realmente posee	Autoconcepto <i>Self-concept</i>	Autoconcepto <i>Self-concept</i>
Self ideal. Que es la representación de los atributos que alguien (tú u otro) desearía idealmente poseer (representación de las expectativas, esperanzas, aspiraciones y deseos).	Guías personales <i>Self-guides</i>	Guías personales <i>Self-guides</i>
Self que Debería. Que es la representación de los atributos que alguien (tú u otro) cree que debería o tendría que poseer (p.e. representaciones del sentido del deber, las obligaciones y las responsabilidades)	Guías personales <i>Self-guides</i>	Guías personales <i>Self-guides</i>

Según la teoría de la discrepancia: (1) las personas difieren respecto a cual de las Guías personales están especialmente motivados a seguir (2) no todo el mundo tiene todas las Guías personales de conducta. Así, algunas personas solo tienen guías basadas en “Debería”, y otras en la imagen del Ideal. (3) las personas están motivadas a alcanzar un estado donde el autoconcepto esté en equilibrio con las Guías de Conducta relevantes para esa persona.

En función de esto, la teoría establece las consecuencias emocionales de la discrepancia entre el autoconcepto y las cuatro guías, en el entendido de que la gente no posee sólo una de estas discrepancias. Cada persona puede tener una, varias o ninguna:

Dominios del self	Posiciones de partida	
	Personal	De alguien significativo (p.e. madre, padre, esposa, amigo íntimo...)
Self real.	Autoconcepto <i>Self-concept</i>	Autoconcepto <i>Self-concept</i>
Self ideal.	Decepción Insatisfacción	Vergüenza Ridículo

	<i>Creencia de que no se han cumplido las expectativas o deseos personales</i>	<i>Creencia de que se ha perdido valor o estima a los ojos de los otros</i>
Self que Debería.	Miedo <i>Creencia anticipatoria de peligro o daño.</i>	Culpa Intranquilidad <i>Creencia de que se ha transgredido una norma moral personalmente aceptada (legitimada)</i>

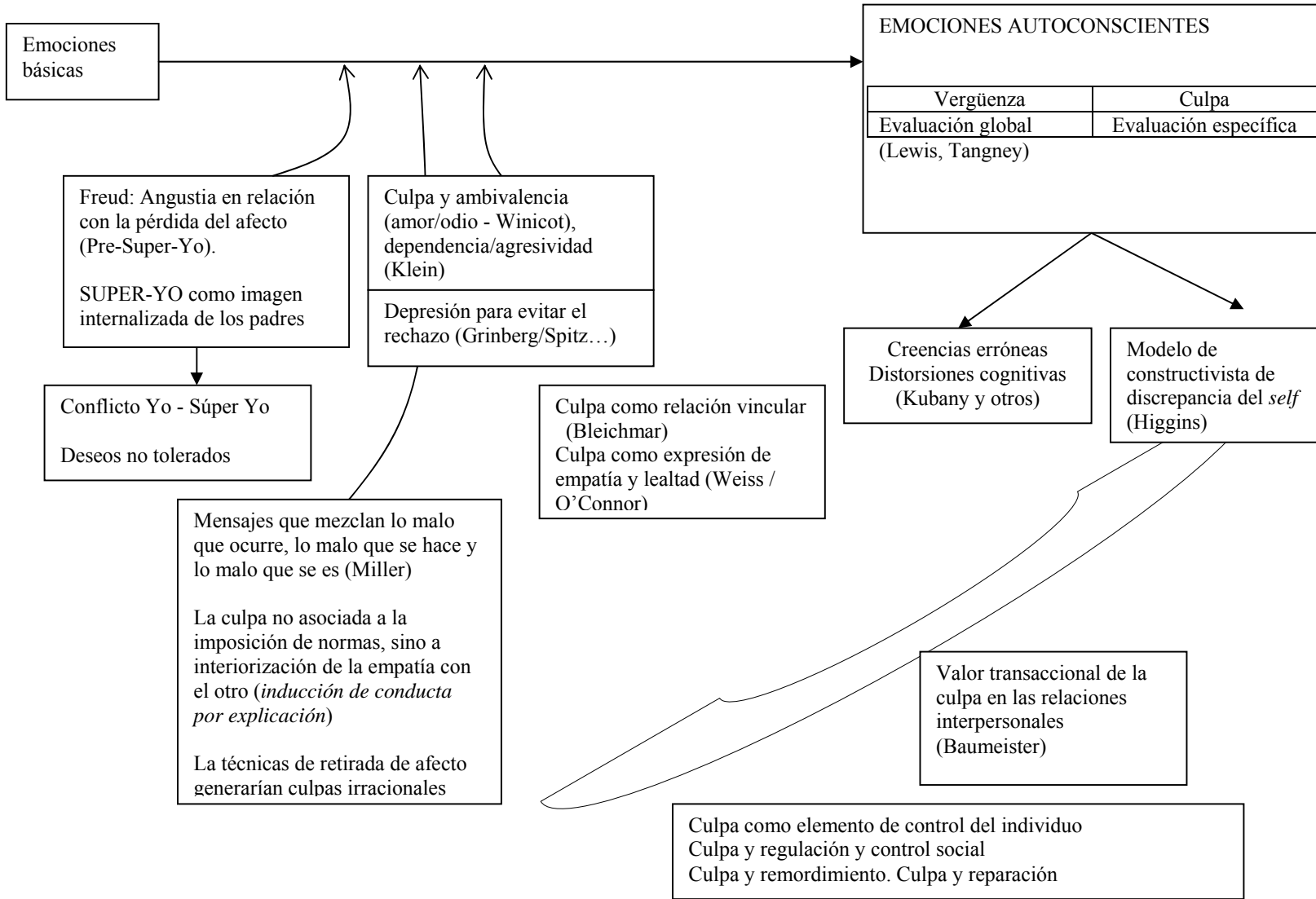
Esta teoría tiene muchos puntos débiles. Quizás el más evidente el que tiene que ver con el carácter de accesibilidad de los *scripts* o guiones. Por ejemplo, Higgins²⁰⁷ pide a sus alumnos, en sus trabajos de investigación para la validación de este modelo: “Haga usted una lista de los atributos del tipo de persona que *usted* cree que *realmente* es” o “Por favor, haga una lista de los atributos del tipo de persona que *su madre* cree que usted *debería o tendría que ser*”. A las personas se les pide también que puntúen hasta que punto una opinión particular determinada (propia, de la madre....) en un determinado dominio del self (real, ideal o debería) es relevante o significativo como fuente de información.

Todo ello presupone un nivel de conciencia de sí y de insight y de accesibilidad inmediata a la influencia de los otros sobre uno que no es congruente con lo que señala la clínica cotidiana. Probablemente en muchos dominios la persona no tenga mucha conciencia de cómo funciona en realidad.

Cabe decir, en descarga, que desde el modelo construccionista, el trabajo posterior de psicoterapia no tiene que ver con el de un detective que pretende hallar la *verdad (psicológica)* de los hechos, como haría el psicoanálisis, sino que parte de la premisa de que debe trabajarse con la idea (*narración*) que cada persona tiene de sí mismo o de su papel en las relaciones sociales y hechos de su vida. Desde ahí, el modelo de la culpa no se basaría en *guiones* supuestamente accesibles a la conciencia inmediata, sino en los *guiones que la persona cree que tiene* y en función de los cuales puede dar sentido a las cosas que siente o le ocurren.

Partiendo de esto ¿cómo se trabajaría en psicoterapia desde un esquema así?. Los presupuestos que se infieren del modelo son: (a) Para disminuir la emoción negativa (i.e. la culpa) habría que disminuir la discrepancia entre el autoconcepto y el guión, por ejemplo, modificando las interpretaciones que hacen los pacientes de lo que hacen. (b) Puede trabajarse cambiando las guías personales del paciente para que sean menos discrepantes con su autoconcepto actual. Esto se hace en psicoterapia relativizando la legitimidad, utilidad y lógica de algunas de las normas personales relevantes de la persona. (c) Puede trabajarse disminuyendo la accesibilidad a las discrepancias evitando exponerse innecesariamente a situaciones que evoquen la emoción negativa.

Estos, elementos, según los autores²⁰⁷, aparecen de manera transteórica en todas las escuelas de psicoterapia, una afirmación como mínimo dudosa, si por ejemplo se analizan las diferentes formas de exposición a estímulos temidos o generadores de culpa. Además, se ha insistido repetidamente por los teóricos de la culpa en su carácter irracional. Parece dudoso que guiones inmediatamente accesibles puedan dar una comprensión a la persona sobre los orígenes de sus vivencias de culpa que no haya tenido por sí misma hasta ahora. Si la culpa, para muchas personas es, además de dolorosa, incomprensible, es probablemente que deban ponerse en juego más elementos que el modelo debería intentar integrar.



Recapitulación y síntesis : Raúl^a

Raúl tiene 49 años. Desde hace años ha venido siendo tratado en diferentes instituciones psiquiátricas. En los diagnósticos que trae en los informes (en cada informe uno distinto) se muestra las dificultades para un enfoque inicial : crisis de angustia con agorafobia, que le impiden prácticamente salir de casa, dependencia a cocaína, trastorno explosivo de la personalidad, trastorno borderline de la personalidad, y personalidad ciclotímica. Ha sido tratado con antidepresivos, neurolépticos y eutimizantes a dosis diversas sin demasiados resultados. En la actualidad, tras la separación de sus padres por diferencias religiosas, Raúl vive con su primo, mayor que él, en sus palabras, “el hermano que nunca te abandona”. Ambos mantienen contactos muy esporádicos con el resto de la familia.

En las consultas iniciales el síntoma subjetivo principal son las crisis de angustia, que dominan prácticamente su vida y le mantienen recluido en su domicilio. En la consulta se muestra como una persona asertiva, acostumbrada al manejo afectivo (y con frecuencia abusivo) de las relaciones interpersonales, patrón que intenta reproducir con los terapeutas con los que se relaciona, a los que tutea y llama –pese a los señalamientos repetidos- “amigo” o “colega”.

En lenguaje medicalizado refiere tener “angustia, no ansiedad”, que relaciona con “factores biológicos” derivados del consumo masivo y prolongado de cocaína. Este se inició hace cinco años, cuando Raúl era un actor publicitario que llegó a ganar cantidades importantes de dinero. Según él, a raíz de un desengaño amoroso, inicia un consumo abusivo de cannabis y alcohol y posteriormente de cocaína que le lleva a perder progresivamente todos sus contratos laborales y a ser rechazado en el medio. Acaba regresando de nuevo, ya mayor, con su familia de origen, con los que había roto el vínculo de manera violenta por divergencias en la manera de ver el mundo y la vida. Regresa, según él, “sin memoria para acordarme de dos frases seguidas, comido todo por la angustia”, y con importantes deudas acumuladas. Según él, es la cocaína la que desencadena las crisis de angustia, y una vez se inicia el ciclo, aunque deje de consumir drogas, las crisis se convierten, durante meses, en incontrolables.

Durante cerca de un año se trabajó farmacológicamente reforzando la abstinencia de drogas y buscando un cierto equilibrio emocional y de autocuidado. Junto a ello, y a medida que las circunstancias lo permitían, se inició un análisis biográfico, detenido con frecuencia por vivencias traumáticas repetidas de la infancia. Ésta es recordada como una época de constante castigo y abandono por parte de una madre rígida, autoritaria e intolerante, que dividía a sus muchos hijos entre aquellos que aceptaban la fe de Dios y aquellos que se guiaban por el demonio y sólo merecían el vacío o el castigo. Raúl empezó a fumar a los diez años, realizaba pequeños hurtos a los doce y escapaba de casa a los catorce, siendo puesto como ejemplo por su madre de la encarnación del diablo.

Durante el último año las crisis de angustia han hecho que Raúl tuviera que ir a todas partes acompañado de su primo. Los días en que acudía a tratamiento suponía en ocasiones que su primo perdiera el día de trabajo, lo que era realmente grave dada la situación económica de ambos. ¿Podía establecerse alguna relación entre la angustia al recordar su infancia, la visión de sí mismo como alguien abandonado, solo, “expulsado del paraíso familiar” y las crisis de angustia?. ¿Podían las crisis de angustia representar el pánico a quedarse nuevamente solo y abandonado y el modo de retener junto a sí a su primo a cualquier costo?.

Durante este último año los padres se aproximaron a él y le hicieron varias visitas intentando una reconciliación. Para Raúl fue milagroso. Parecía que la madre hacía autocrítica sincera en reuniones en el propio Centro de Salud Mental de algunas de sus actitudes más duras.

^a El título proviene de una metáfora curativa propuesta por el propio paciente en la terapia

Raul empezó a mejorar sus síntomas. Pero al poco la madre ya empezó a poner condiciones : “la reconciliación sería posible si él era “bueno” y actuaba “según la fe del Vaticano...” Nuevamente el amor era condicional.

Tras varias parejas frustradas en muy poco tiempo que llevan al paciente cerca de la manía, aparece una depresión grave con ideación suicida : todo es un fracaso. Nunca conseguirá la estabilidad.

Surge entonces la narración que el paciente ha construido sobre el inicio de su consumo de cocaína. Con gran angustia narra como tras marcharse de su casa siendo aún menor de edad, conoce a María, una chica diez años mayor que él. Ambos viven una historia de simbiosis y durante cinco años le acompaña en grabaciones, rodajes, giras. Es la época en la que él gana bastante dinero. De pronto – Raul lo recuerda así – le comunica que ha conocido a otra persona, un empresario del sector, y que le abandona. Tres meses después vuelve, están una temporada corta de nuevo juntos y regresa definitivamente con el otro. Afirma que nunca ha vuelto a hablar con ella, aunque sabe por amigos comunes que les va bien y acaban de adoptar dos niños hace muy poco.

“A esa piba la mimé –explica Raul- nunca le fui infiel, le di todo, sólo respiraba para hacerla feliz, me volqué... Y de pronto se va... que no me quiere... Empecé a ir con mis compadres, a gastar cantidades que no te imaginas, a ir con mujeres y hacer de todo, las mujeres más deslumbrantes, dos o tres a la vez... las maltrataba, nunca físicamente, pero si hacerles desprecios... He sido muy perro con las mujeres. Y te digo, cuanto más perro más me han querido. He vivido con dos, y he hecho cosas que ahora me avergüenzo, tío, y no había manera de sacármelas de encima. Con María me equivoqué. Estoy seguro que el que se la llevó le paró los pies y la puso en su sitio y por eso se la quedó. Yo se lo dí todo y ahí me equivoqué”

“Todo mi afán es verla. Verla para echarle en cara lo mal que se portó, lo que me hizo, para que sepa de la cocaína, de los intentos de suicidio, de los antipsicóticos y los hospitales psiquiátricos y que todo eso es por ella... “.

Raul es un paciente con múltiples caras (tantas, probablemente, como narraciones sobre sí tiene él mismo : el avasallador, el fracasado, el niño abandonado, el macho arrasador, el toxicómano, el actor...). Las distinciones teóricas entre vergüenza y culpa se hacen difusas. Pueden observarse al menos los siguientes elementos:

a) La infancia traumática con sensación de abandono constante, de no ser querido, de rechazo, de confusión entre “haces” y “eres”, crea una imagen de sí frágil, compensada a base de buscar el reconocimiento y el afecto de otros a cualquier precio (invitar a cocaína, ser exquisito en el sexo o regalar constantemente pequeñas cosas a los terapeutas, junto a expresiones constantes de afecto (abrazos, guiños, palmadas...) como intentos por establecer vínculos *afectivos*. El primer punto de fractura de su vida es cuando abandona su familia definitivamente, expulsado del paraíso y buscando construir una vida propia lejos de la religión.

Esta situación permite entender la dependencia actual del padre y –en parte, puesto que también hay una base biológica – las crisis de angustia interpretables quizás como angustia de separación y abandono.

b) El segundo punto de fractura de su vida es cuando experimenta un **abandono traumático** por parte de una persona en la que había volcado toda su afectividad y su necesidad de vínculo. Cabe pensar que la relación con María tenía mucho de esa relación familiar que nunca tuvo y creía haber encontrado ahora.

El rechazo y el abandono (real y físico) de María supone un segundo golpe que no puede superar. Frente a un esquema de sí frágil, que lucha contra la idea de “soy un desastre”, “no merezco ser querido ni siquiera por mi madre”, y que encuentra un alivio durante cuatro años en la admiración y el afecto de María, hay un quiebre absoluto.

Aparece una situación que es una perfecta interrelación entre trauma (el impacto brusco de un hecho que supone una amenaza para la integridad psicológica de la persona), duelo (la pérdida de un referente afectivo básico) y culpa (la reactivación de las emociones negativas autoacusatorias ante una nueva experiencia de abandono). Ello supone una ruptura de creencias básicas sobre los otros y el mundo : el mundo es un lugar en el que cada cual se mueve por sus propios intereses, en el que nadie da afecto sin pedir algo a cambio, en el que es posible ser abandonado en cualquier momento, en el que no es posible la confianza ni el afecto.

Esto genera dos recursos defensivos : (a) conductas psicopáticas desenfrenadas en un intento de *vengarse* del mundo en general y de aplacar los sentimientos dolorosos convenciéndose de que una falsa felicidad (amigos más o menos comprados, cocaína, mujeres más o menos de pago) tapa el vacío y el rechazo de sí (b) razonamientos justificatorios : sólo *perreando* a las mujeres se logra algo.

El esquema sirve durante unos años hasta que se acaba el dinero y los argumentos se van desmoronando.

Todo lo anterior lleva a pensar que en Raul coexisten dos tipos de vivencias:

a) Vivencias de humillación por el abandono, fuertemente negadas y defendidas bajo un estilo provocador y exageradamente asertivo, y que entroncarían con la *vergüenza* : no merezco ser querido. Las múltiples mujeres que han seguido después (según él varias decenas por año) serían intentos por recomponer su autoestima.

b) Vivencias de culpa, también fuertemente negadas y defendidas, derivadas de una autoimagen frágil, en la que hiciera lo que hiciera estaba mal.

Su estilo grandilocuente, su manera de hablar de sus éxitos pasados como actor, el modo en que maneja las relaciones personales, no son más que manifestaciones (frágiles) por mantener una mínima autoimagen.

¿Por dónde atacar los núcleos de culpa y vergüenza de este paciente?

Parte 3

El trabajo con vivencias de culpa en psicoterapia. Consideraciones previas

1. Exploración de la culpa: dificultades en la entrevista clínica

Existen numerosas razones por las que preguntar directamente por la existencia de vivencias de culpa en general y respecto a un hecho traumático en particular puede a veces dar pocos resultados.

1. La culpa es dolorosa. Aceptar la culpa es sacarle el polvo, reeditarla y revivirla. Ante la pregunta es preferible negar rápidamente y pasar de puntillas al tema siguiente.
2. La culpa es con frecuencia ilógica. La persona es consciente de que es difícil que nadie entienda las razones por las que se siente culpable, y que su culpa suele ser banalizada o considerada absurda. Negarla es evitar la sensación de incompreensión o ridículo que pudiera de nuevo aparecer.
3. El hecho de reconocer vivencias de culpa significa *reconocer la posibilidad de ser efectivamente culpable*. Que flote la duda en la imagen que el terapeuta u otros tengan de él.
4. Es difícil establecer el límite entre culpa y responsabilidad.
5. La culpa puede ser denominada de otra manera socialmente más tolerable (rabia, tristeza, agresividad....)

Las culpas^a constituyen elementos extraordinariamente dolorosos anclados en el recuerdo. Se trata probablemente de una de las formas más severas de sufrimiento psicológico. Frente a ella se desarrollan, con frecuencia, pactos con uno mismo o racionalizaciones más o menos sofisticadas construidos con un gran esfuerzo psíquico. En otros se trata de un olvido conscientemente trabajado.

En consecuencia, que un terapeuta detecte en el trabajo de terapia que existe una culpa y que ésta pudiera tener relevancia negativa dentro de la estructura psíquica y de funcionamiento de la persona *no significa que necesariamente deba ser señalado, ni que se deba trabajar con ella*. Las culpas pueden haber sido “resueltas” a través de algún sistema de justificaciones que aunque al terapeuta le pueda parecer frágil y traído a trasmano, resulta útil y *significativo* para el paciente como parapeto, y lo importante, al final, es la narrativa que la persona tenga de los hechos y de su papel en ellos, el significado con el que dote a sus vivencias.

En otras ocasiones la culpa ha logrado ser encapsulada, es decir, no existe en la conciencia inmediata de la persona ni contamina, al menos a nivel consciente, sus emociones y pensamientos. Aunque su presencia permanece y puede ser traída a primer

^a Salvo cuando se indique lo contrario, la palabra culpa engloba de modo genérico a las emociones de vergüenza (*shame*) y culpa (*guilt*)

término si se pregunta directamente por lo sucedido o existe algún hecho significativo evocador.

Existen numerosas metáforas del encapsulamiento:

- “Coloqué una coraza que me servía de protección”
- “En un momento determinado decidí olvidarlo todo”
- “Realmente he conseguido olvidar lo que ocurrió”

Sabiendo de las dificultades que existen para construir sistemas de protección frente a la culpa que no supongan un gasto excesivo de energía psíquica o de compromiso de la trayectoria vital, el terapeuta debería meditar si debe arriesgarse a cuestionar las defensas del paciente porque lo importante no es buscar una defensa frente a la vergüenza o culpa invalidante que sean significativas para el terapeuta, sino, insistimos, que lo sean *para el paciente*. Y hablar en profundidad de aquello que generó la culpa es actualizarla y reabrir la herida. En este contexto sería bueno tener expectativas realistas: la culpa en su forma más grave es muy difícil de tratar en terapia.

Carmen acude a la consulta remitida desde su médico de cabecera por un cuadro de hipocondría. En la anamnesis la paciente refiere haber trabajado durante años en hostelería. En sesiones posteriores se pone de manifiesto que en realidad ha trabajado durante años en *clubs* de alterne, tema que Carmen vive con mucha culpa. Ésta está asociada tanto a algunas experiencias con clientes como al hecho de que su actual marido la acompañaba en su vehículo “al trabajo”. En la actualidad, ella ha dejado la prostitución hace cuatro años y ejerce de ama de casa, y él trabaja de camarero. Ambos tienen dos hijos ya mayores y viven su relación de pareja sin grandes dificultades.

A pesar de que las manifestaciones de culpa eran evidentes, se consideró que no debían traerse como foco de terapia, porque no eran relevantes a la sintomatología actual de la paciente y por el riesgo de provocar una crisis en una pareja que, pese a todas las dificultades de años pasados, había logrado permanecer unida y estabilizarse por fin.

2. Criterios para trabajar la culpa en terapia

Pero existen múltiples formas de expresión sintomática de la culpa y con frecuencia aparecen en terapia formas disfuncionales que suponen un grave perjuicio y un bloqueo para el paciente.

La siguiente tabla resume algunas de las situaciones clínicas prototípicas de manejo adaptativo y no adaptativo de las vivencias de culpa. La siguiente tabla intenta ayudar a la reflexión sobre las diferentes posibilidades respecto a la indicación o no de terapia. En un extremo estarán aquellas situaciones en que el terapeuta detecta una situación de culpa emocionalmente relevante, pero ésta ha sido ya manejada de algún modo por el paciente y hay un mayor riesgo derivado de cuestionar que lo que pueda obtenerse de trabajar sistemáticamente el tema. En el otro extremo estarán aquellas situaciones en que parece haber una indicación clara porque la culpa constituye uno de los núcleos del problema y determina la situación de la persona o el grupo humano con el que trabajamos. Es difícil entender un proceso terapéutico sin entrar, tarde o temprano a ello. A este grupo de pacientes es a los que se dirige este manual con preferencia. Entre ambas estarán las zonas

de indicación relativa, en que habrá un criterio de subjetividad que requerirá de un proceso previo de explicitación y profundización entre terapeuta y paciente. Será especialmente así en aquellas situaciones en que es necesario trabajar las vivencias, pero hay sospechas de que el paciente no se encuentra en un momento terapeutico adecuado en el que pueda enfrentar las vivencias de culpa. Estas podrían desencadenar o exacerbar conductas de autoagresión. Será necesario esperar el momento.

	No indicación	Indicación relativa	Indicación	No indicación
Forma	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Resolución incompleta pero aceptable de la culpa <input type="checkbox"/> Encapsulamiento <input type="checkbox"/> Poco relevante en la vida actual de la persona. Hallazgo incidental que no afecta al motivo de consulta 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Maniobras de expiación <input type="checkbox"/> Búsqueda de perdón <input type="checkbox"/> Acciones compensatorias <input type="checkbox"/> Expresión grupal con dinámicas patológicas sintomáticas 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Expresión sintomática individual que interfiere con el desarrollo y la vida de la persona <input type="checkbox"/> Uso transaccional de la culpa 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Riesgo autolítico <input type="checkbox"/> Exacerbación de conductas de riesgo sin adecuado apoyo del medio.
Razón para la indicación	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Riesgo de actualizar innecesariamente la culpa. Iatrogenia. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Existe una desproporción en el nivel de sacrificio autoexigido <input type="checkbox"/> Implica renuncia a áreas positivas de desarrollo de la persona 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Es necesario el enfoque de la culpa para la resolución correcta de la conflictiva individual o de grupo 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Valorar la opción más prudente de no intervenir hasta que se den las condiciones de seguridad adecuadas

3. Formas de presentación de la culpa

Existen múltiples manifestaciones que deben hacer sospechar la presencia de sentimientos de culpa:

a) Angustia.

Como expresión del recuerdo de la trasgresión. En su origen, detrás de la culpa está el miedo a ser rechazado por aquellas personas significativas de donde procede la norma. Es una angustia de separación, por el rechazo y la desaprobación. Esta misma emoción será la que, con mayor frecuencia estará asociada a la trasgresión actual. La angustia podrá manifestarse de múltiples formas: de manera directa, ante el recuerdo, como crisis de ansiedad, como conductas fóbicas o de evitación etc.

Pero en ocasiones la persona desarrolla estrategias de evitación de la culpa (en otra terminología, mecanismos de defensa). Dependiendo de cual sea, aparecerán nuevas formas de presentación de la culpa:

b. Depresión

Tradicionalmente todas las corrientes clínicas han relacionado la culpa con la depresión. Esta asociación es sólo parcialmente cierta y esté probablemente sobredimensionada. Parte del a priori de que en la depresión hay una autoimagen deteriorada, una tendencia a la autoacusación, que favorecería la exacerbación de sentimientos de culpa, que en ocasiones podrían llegar a ser hasta delirantes.

Francisco es una persona metódica y obsesiva. Desde pequeño fue un niño aislado, con pocos amigos. Tenía poco éxito tanto en los estudios, como socialmente, lo que atribuía a su carácter pesimista y taciturno. A los 21 años inicia una amistad con un chico de su misma edad que se vuelca en él. Al cabo de unos meses y ante la presión del otro y sus propias dudas de enamoramiento, inicia una relación homosexual que acaba en convivencia durante unos meses. Él mantiene dudas constantes todo el tiempo, que no puede dejar de verbalizar. Finalmente la pareja se rompe y él cree entender que sus tendencias de género no son hacia la homosexualidad. Pero vive los meses pasados de convivencia con una gran culpa. No vuelve a tener ninguna relación afectiva durante los siguientes años. Su retraimiento aumenta y a partir de los treinta realiza varios intentos de suicidio muy graves (defenestración, intento de explosión de gas, precipitación contra un autobús urbano). Es ingresado en dos ocasiones en servicios de psiquiatría. En la primera ocasión presenta un cuadro de inhibición melancólica, casi estúpido, con ideas de contaminación y verbalizaciones delirantes de culpa en relación con la hipotética transmisión de enfermedades contagiosas mortales a quienes le rodean. En la segunda presenta un cuadro abiertamente paranoide, con percepciones autoreferenciales y una ideación delirante poco estructurada en conexión con el hecho de que “todo el mundo supiera”. En varias ocasiones se había provocado cortes superficiales con cuchillas para “castigarse”, sin que lograra concretar exactamente las razones por las que debía hacerlo.

c) Irritabilidad – agresividad inmotivada.

Con frecuencia es la propia persona origen de la culpa la depositaria de la agresividad. Detrás existe, como hemos señalado, la ambivalencia amor-odio hacia la persona.

Gloria acude a consulta por un cuadro depresivo de tres meses de evolución. Está de baja laboral. Atribuye sus síntomas a la presión laboral. En la terapia emerge que durante los últimos meses ha mantenido un pulso con un compañero de otro departamento. Reconoce que tiene respecto a él una actitud agresiva y de boicot que ha llegado a ser tan evidente que el propio jefe de ambos hubo de llamarle la atención. Ante el terapeuta resulta evidente la atracción que siente Gloria hacia ese compañero, al que siente como competidor, pero por el que a la vez siente una atracción esencialmente física. Gloria se ha casado hace tres años y acaba de tener su primer hijo. Tras el parto la relación con su

marido está pasando por momentos muy bajos, con un evidente alejamiento físico. En este contexto, la atracción que siente hacia el compañero-rival despierta en ella una gran culpa que no es capaz de verbalizar y que expresa a través de continuas descalificaciones de éste ante otros compañeros y de una agresividad importante hacia él en las reuniones de trabajo. El terapeuta optó por no hablar de la situación laboral y centrar el trabajo en los problemas de pareja de Gloria.

d) Conductas psicopáticas (culpa sin culpa)

Ante una situación de gran crueldad (maltrato y violencia contra la pareja, abuso sexual...) el perpetrador puede sentir, en muchos momentos, remordimientos. Para acallarlos pueden usarse varias estrategias:

(a) culpabilizar a la víctima (“*es ella la que me obliga con su actitud*” “*debería conocerme, sabe que no puede provocarme de ese modo y lo hace*”...)

(b) racionalizar sus reacciones (“*casi todos los hombres le han dado alguna vez un guantazo a su mujer y no pasa nada*” “*todas las parejas tienen problemas...*” “*apaleando vagabundos ayudo a que haya orden*”)

(c) persistir o aumentar las conductas (mostrar nuevas conductas violentas es *avalarse a sí mismo*, es mantener la coherencia por aberrante que esta sea, y esto protege de la culpa. Se evita la culpa *huyendo hacia delante* en un intento de tapar la culpa con nuevos hechos que reafirman a uno mismo en sus opciones). Bajo una máscara de frialdad e indiferencia se esconde en realidad un esfuerzo por evitar la culpa a través de nuevas acciones de igual crueldad.

Un caso especial es lo que podría denominarse el *orgullo de la culpa*: Ser culpable significa, para esa persona, que *tiene el poder* de equivocarse e incluso de hacer el mal²⁰⁸. Hay una cierta parte de emoción positiva como otra cara de la moneda de la acción culpógena (“fui capaz de”), y que puede enmascarar a aquella. Se genera así un ciclo en el que hay una *necesidad de transgredir*. Cuando se comete el delito sigue, a corto término, una sensación de poder, de paz, de control sobre la vida propia y de algún modo la de los demás.

El objetivo en este caso – que surja la culpa- es extraordinariamente complejo, porque es, con frecuencia, no un objetivo terapéutico pactado, sino un objetivo impuesto contra la voluntad del paciente, que dejará, de entrada, muy pocos resquicios.

a) Humillación, sumisión

La persona intenta enfrentar las vivencias de culpa a través de una actitud de aplacamiento. Frente a la culpa es posible buscar el perdón o la reparación. Pero, en ciertos casos la persona es incapaz de enfrentar ninguna de estas posibilidades y adopta una actitud de sumisión.

Esta forma de resolver la culpa es especialmente compleja. La persona no hace ningún intento de reparación, o de obtener directamente el perdón para poder seguir adelante. En lugar de esto, el propio temor hace que la persona adopte una actitud de permanente autocastigo, de laceración sin clemencia. Se aspira así, simbólicamente, a que aquel frente a quien se es culpable (Dios u otra persona) se *apiade* del sufrimiento y

perdone^a. Incapaz de hacer nada activo por obtener el perdón se intenta obtener este de forma pasiva (y generalmente infructosa). Bleichmar¹⁸² habla de una actitud de *masoquismo moral*.

Purificación tiene 51 años. Acude a la consulta porque tras cerrar la empresa en la que llevaba trabajando 23 años, se ha hundido completamente. Prácticamente encerrada en casa, es incapaz de hacer nada por buscar otro trabajo. Su actitud en la consulta es tan exageradamente sumisa que resulta provocadora. Responde con monosílabos y da en todo la razón al terapeuta. El terapeuta que la atiende debe hacer esfuerzos por frenar las ganas de recriminarle su docilidad.

En sesiones posteriores se va desgranando una historia personal compleja. Hija de unos padres rígidos y descalificadores, mantuvo oculto su primer noviazgo durante mucho tiempo por miedo a su reacción. Esta es efectivamente, muy negativa, por lo que Rosa decide irse de casa con 16 años. Su escapada dura unas semanas, volviendo finalmente, siendo muy culpabilizada por los padres por el sufrimiento que les ha provocado. Cinco años después tiene un segundo novio, del que se queda embarazada en la primera y única relación sexual que tiene con él. Su padre reacciona de manera violenta y la hecha de casa, yendo a vivir con una tía. Dadas sus convicciones religiosas y por ser años en que la interrupción de embarazo era ilegal, tiene a su hijo, más por resignación que por deseo. Acuciada finalmente por las necesidades económicas pide a sus padres regresar a casa. Estos aceptan imponiéndole como condición que deberá ir de casa al trabajo y del trabajo a casa entre semana y los fines de semana cuidar a su hijo, dado que es una “puta” y que no es posible fiarse de ella.

Y esta es efectivamente su vida durante los siguientes 23 años. No mantiene ninguna relación afectiva, ninguna amistad relevante.

Pero esto no sirvió para perdonarla. Hace tres años, en breve lapso de tiempo, el hijo se casa y la empresa cierra, lo que deja a Purificación hundida y confusa. Para llenar el tiempo se apunta a un grupo de actividades en la parroquia a la que acude regularmente los martes y los domingos. Al llegar tarde a casa varios días, sus padres le recuerdan repetidamente su *pecado* y la conminan a abandonar la casa si persiste en llegar a casa tarde, dado que, como todo el mundo sabe, es “una cualquiera”. Finalmente, tras muchísimas dudas y con gran culpa, Purificación logra alquilar un piso y vivir por su cuenta, aunque yendo casi a diario a ver a sus padres. Cuando su madre, al cabo de un año, se fractura la cadera, Purificación abandona su piso y vuelve nuevamente a casa de sus padres.

4. Desvelamiento de los hechos y confesión

Hay ocasiones en que la culpa se asocia a un delito.

^a En su análisis de la fenomenología de la culpa Castilla del Pino (op. Cit. pg 259-260) considera que el principal problema de esta forma de manifestación de la culpa es su *egoísmo*. “Estas personas que se autocastigan muestran ser intensamente egoístas, porque aspiran a que se les perdone la culpa con solo mostrar –y a veces de manera maestra- lo que padecen, sin que no obstante sean capaces de llevar a cabo una activa reparación. (...). Muchos sujetos capaces de los mayores autosacrificios –sin duda para lavar sus culpas- son incapaces de dar el mínimo tanto de amor. Yo he conocido personas que en el ámbito de sus prácticas religiosas son capaces de privaciones y penitencias sin cuento y que, al propio tiempo, frente a los otros, se comportan con la mayor dureza y severidad”

No *confesar* una culpa, entendiendo ésta basada en una real responsabilidad por hechos legalmente punibles o que dañan muy gravemente a otros, tiene que ver con, al menos, cuatro tipos de razones :

1. Razones prácticas : miedo al castigo que la confesión va a implicar
2. Evitar la traición a alguien, el miedo a perjudicar a un tercero implicado.
3. Miedo a la evaluación negativa del que escucha
4. Miedo al estigma y al rechazo social, a perder lo que se tiene

Rocío tiene en el momento actual 21 años. Acude a la consulta por un cuadro grave de bulimia de cinco años de evolución. Hasta hora se ha negado sistemáticamente a ir a ningún terapeuta pese a la insistencia de su madre, que finalmente ha conseguido llevarla prácticamente a rastras. Tiene un mal estado físico, su actitud en la consulta es agresiva y hostil, intentando dar razones al terapeuta para que la eche de la misma.

Durante los siguientes dos años terapeuta y paciente se vieron en consultas que parecían partidas de ajedrez que siempre quedaban en nada y dominados por los silencios y la hostilidad de la paciente.

A propósito de una discusión con su madre y de una manera inopinada, Rocío empezó a dar pistas de que había un conflicto “inconfesable”. Este fue emergiendo en las siguientes sesiones : Rocío mantuvo relaciones sexuales de manera regular, según ella consentidas, con su padre desde los 15 a los 19 años

Pese a que desde hacía muchísimo tiempo cada vez sentía más la necesidad urgente de “contarlo” a alguien, estaba a la vez aterrorizada ante esa posibilidad porque : (a) traicionaba a su padre, al que adoraba, (b) destrozaría a su madre -aunque sospechaba que algo ya sabía- (c) probablemente perdería al chico con el que estaba saliendo desde los 17 años cuando éste supiera que, cada vez menos desde que estaban juntos, pero durante un año y medio tenía aún relaciones sexuales con ambos (d) pensaba que nadie iba a entender que al principio se trataba de un “amor puro” y después una costumbre que ya no podía cortar fácilmente porque su padre y ella estaban solos mucho tiempo en casa y en verano “todos llevaban muy poca ropa en casa”. (e) la familia le volvería la espalda (f) el terapeuta se iba a escandalizar y daría parte inmediatamente a la policía.

Su actual pareja la presionaba para que empezaran a vivir juntos y esto motivó discusiones constantes, una culpa intensísima de ella hacia su padre y la ruptura finalmente de la relación de pareja.

La excusa para la ruptura había sido que estaba “enferma” y que no podía irse de casa de sus padres hasta no resolver el tema de la bulimia.

¿Qué hace que una persona decida “confesar” unos hechos que sabe que le acarrearán muchos problemas?

Al cometer la trasgresión la persona encuentra acomodo en alguna justificación que la avala. Esa misma justificación será la que frenará al inicio la confesión. Pero, aunque la persone cree que sabe lo que ha pasado, en realidad no sabe *todo* lo que ha pasado. Sabe la *realidad material* de los hechos, pero probablemente ignora muchos de los aspectos de la *realidad psicológica* de los mismos. El trabajo del terapeuta es ir desentrañando el mapa completo (material y psicológico) de esos hechos²⁰⁹ hasta dar sentido a la “confesión”.

Dostoievsky, en Crimen y Castigo, muestra minuciosa y extensamente este proceso. Raskolnikov, un joven ruso supuestamente brillante, no consigue el dinero suficiente para mantener

a su madre viuda y a su hermana. Esta debe finalmente casarse por conveniencia. Movidado por la rabia y el resentimiento y pensando que la sociedad no reconoce lo que vale, Raskolnikov comete un doble crimen para robar una gran cantidad de dinero, que al final resultan ser unos pocos rublos. Los remordimientos, que parecen inexistentes al principio, van apareciendo poco a poco. En un momento de debilidad confiesa ser el autor del crimen a dos amigos, pero esto no mitiga su culpa. La confesión por si misma no tiene ningún efecto sobre esa vivencia de culpa.

A lo largo de la novela tiene largas conversaciones cuasi-filosóficas con Petrovitch, el inspector de policía que sabe desde el principio que Raskolnikov es el asesino, pero no tiene pruebas y desea esperar con paciencia a que acabe confesando. Entre ellos acaba por desarrollarse un aprecio. A través de sus diálogos, Raskolnikov va entendiendo poco a poco toda la dimensión de su crimen: si alguna vez pensó que no servía para nada, el asesinato le había devuelto una imagen de si fuerte, de alguien capaz de transgredir. Pero pronto esta imagen se va desmoronando a medida que no hay más razones para sentirse “fuerte” y vuelve el vacío, agravado además por la culpa, que va aumentando con el tiempo. A través de la novela llega a asumir que el doble crimen es la culminación de su fracaso como ser humano y a desear el castigo como único camino para poder salir adelante. Entonces se produce la confesión al inspector.

5. Actitud general durante la entrevista

De la lógica de la confesión como caso extremo pueden inferirse algunos de los principios básicos de la entrevista que son potencialmente relevantes al abordar casos complejos de culpa, en que ésta está muy defendida.

Psicoterapia de la culpa: importancia de la actitud terapéutica

Razones para el silencio	¿A quien contar?
Miedo al castigo	A quien no castigue ni sancione
Traición o daño a alguien	A quien mantenga el secreto profesional minimizando el riesgo de dañar a otro
Miedo a la evaluación negativa y la crítica	A quien no juzgue, no comente, no critique. Quien <i>acepte</i> al otro, para poder trabajar con él
Miedo al rechazo	A quien no rechace, pase lo que pase

Psicoterapia de la culpa: importancia del momento

Razones para el silencio	¿A quien contar?
¿Para qué quiere usted saber?	A quien muestre más interés por la persona, sus pensamientos y reacciones emocionales que por averiguar la “verdad” de los hechos. <i>No necesitamos la verdad para trabajar en terapia</i>
¿Para qué me servirá? - <i>Usted no podrá hacer que las cosas cambien</i> - <i>Usted no puede entender. ¿Para qué le voy a contar?</i>	A quien no presione y espere el momento

Explicitar la confidencialidad, mostrar con la actitud la aceptación incondicional del otro, haya hecho lo que haya hecho, evitando expresiones verbales o no verbales de enjuiciamiento del otro y centrarse más en las emociones que en los hechos pueden permitir abrir el campo de trabajo.

El terapeuta deberá evaluar, ante determinados hechos especialmente horribles, si está en condiciones de actuar con estos principios. Casi todas las escuelas aceptan el derecho a rechazar a un paciente que ha cometido atrocidades por razones éticas²¹⁰.

Parte 4

Propuesta de un esquema de exploración y trabajo terapéutico

En la primera parte, al definir el concepto de culpa a partir de la experiencia y el recuento de supervivientes se concluía con una tabla sobre *Tareas básicas para el trabajo terapéutico con vivencias de culpa* en la que se especificaban 8 tareas a desarrollar.

Para poder hacerlo se requiere dedicar de una a tres entrevistas específicas cuyo objetivo sea una exploración sistemática de la culpa o culpas del paciente. En muchos casos éstas entrevistas se constituirán en intervención y no se requerirá mayor trabajo. En otros casos no será así y será necesario recurrir a técnicas adicionales.

El modelo de entrevista que se detalla a continuación cumple una doble función : Por un lado se pacta con el paciente el trabajo sobre la culpa y se pone el foco terapéutico de las siguientes sesiones en ello. Al hablar pormenorizadamente de los hechos, al mismo tiempo que se recoge información, se va permitiendo enfrentar las dos primeras tareas : explicitar los sentimientos asociados a la vivencia de culpa (tristeza, rabia...) y trabajar con las emociones básicas.

En el anexo 1 se detalla el protocolo estructurado de exploración de la culpa que se propone, con el ejemplo de un caso clínico. Las siguientes secciones recogen los principales elementos a explorar. Puede ser útil seguir ambos de modo paralelo.

1. Explicitar la culpa

El primer paso es definir la culpa desde la propia vivencia de la persona, es decir, explorar la narrativa que tiene la persona de su vivencia de culpa y de la lógica que tiene en el contexto de dicha narrativa.

¿Por qué esta culpa frente a otras resulta especialmente dolorosa? ¿Qué hipótesis tiene la persona? ¿Cuál cree que es el origen del dolor? ¿Hay imágenes asociadas a ella? ¿Existen momentos en que se dispara? ¿Qué estrategias utiliza para controlarla?

2. Buscar el referente simbólico: la metáfora del ojo acusador

En toda culpa hay siempre alguien que se constituye como acusador. Esta acusación tiene carácter simbólico, es decir, se configura en el hecho de que alguien, portador de la norma y emocionalmente significativo para la persona, actúa como **espectador** (visible o imaginado) del hecho. Es la *presencia simbólica* lo que le confiere el valor de *ojo acusador*.

El ojo acusador en algunas ocasiones sabrá de la trasgresión (p.e. un hijo que siente la desaprobación de su padre porque suspende repetidamente los exámenes), pero en muchas otras no es necesario:

Una persona habla de otra en un grupo. Posteriormente se siente mal por haber hablado más de la cuenta, aunque aquel de quien habló es probable que nunca lo sepa. Pero existe el miedo a que quizás se entere, la sensación de haber traicionado una confianza, la autoacusación y la vergüenza por, una vez más, haber preferido el éxito fácil de la conversación o la broma en ese momento a la fidelidad al amigo etc etc

Un hijo se suicida en el contexto de un brote psicótico. La madre siente la acusación del hijo *ausente* porque ella no fue capaz de asumir su enfermedad y siempre le presionó para que siguiera trabajando.

Es importante tener claro que la acusación no es entre dos personas físicas sino simbólicas, y en su núcleo, la persona que se percibe a sí misma como objeto de la acusación siente que ha transgredido una norma muy importante *que no tiene por que proceder –aunque sí suele hacerlo - del mismo origen que la culpa.*

Carla acude a la consulta por ataques de ira y conductas explosivas de un año de evolución. Una vez pactadas algunas normas para frenar la situación de crisis y de explorar elementos más generales relacionados con un posible trastorno de alimentación, van apareciendo en la consulta cada vez más elementos de agresividad hacia sí y de autodesprecio. Finalmente en la historia biográfica surge un elemento familiar traumático, origen aparente de la culpa.

Carla es la mayor de dos hermanos. Su hermano, tres años menor, tiene una diabetes insulino-dependiente de mal control, hecho que ha sido vivido como el centro de gravitación de la familia. Carla siempre ha sido la cuidadora de su hermano. El rol que la ha definido, dentro de la familia, ha sido el de “cuidadora” de Antonio.

A propósito de una conversación intrascendente con su actual novio, Carla recordó de pronto, hace un año, un aluvión de imágenes infantiles. En ellas estaba ella a solas con su hermano en verano y se iban a un lugar en que habían descubierto que sus padres tenía películas eróticas. Ellos ponían los videos y jugaban a imitar lo que hacían los actores. Los dos eran muy pequeños (los hechos ocurrieron de los 11 y 8 años respectivamente a los 13 y 10). Ella afirma recordar que, como hermana mayor, era ella la que tomaba la iniciativa y que su hermano participaba con reticencias o mostrando en ocasiones aburrimiento.

Estos hechos habían sido completamente olvidados por ambos hasta seis años después en el caso de ella. Aunque había sondeado a su hermano, Antonio parecía no recordar nada. Antonio estaba consultando a un psicólogo por las secuelas de la diabetes en la vista y el riñón. Carla había empezado a desarrollar la idea de que ella tenía la culpa de que a su hermano le hubieran aparecido estas secuelas.

En el análisis inicial de la culpa con Carla, el planteamiento que ella hacía era que se sentía mal con ella misma por lo que había hecho. Su conducta demostraba que era una “viciosa” y una “guarra”, lo que se confirmaba por las bromas de algunos chicos de su edad y de un antiguo jefe a propósito de su manera de vestir.

En el análisis inicial del hecho traumático con Carla se plantea:

Ojo acusador	Norma transgredida
Yo misma	Cuidar a mi hermano por encima de cualquier cosa. Protegerle como hermana mayor

Más adelante se hace un análisis más completo de Carla, pero lo relevante en este punto es que:

- El origen simbólico de la culpa (el “ojo acusador”) no es, **en opinión de ella**, el hermano, que sería el perjudicado en este episodio en el que ella ahora lo ve como víctima, colocándose a sí misma como perpetradora.
- En realidad la norma transgredida es la tantas veces repetida advertencia de cuidar a su hermano.
- Podría serlo también los tabúes sexuales asociados al hecho. Lo que en aquel momento, como niña, es visto como un juego sexual (imitar películas porno), posteriormente es reevaluado y considerado un acto intolerable de incesto. La paciente decide recalificar los hechos, pese a que su novio actual, muy razonable, y su terapeuta (las dos únicas personas que saben lo sucedido) no den mayor trascendencia a la situación.

En un segundo análisis se plantea:

Ojo acusador	Norma transgredida
Yo misma	Cuidar a mi hermano por encima de cualquier cosa
Yo misma	¡No puedes tener relaciones sexuales con tu hermano!. Eso es inmoral

En ambas acusaciones insiste en verse a sí misma como el origen de la culpa. Aunque en realidad ambas representarían asumir como ciertas normas que proceden de sus padres y del medio cultural. En realidad un análisis más exacto sería:

Norma transgredida	Ojo acusador	Probable origen	Objeto del daño
Cuidar a mi hermano por encima de cualquier cosa	Yo misma	Madre	Hermano Madre (“Si mi madre se enterara se muere”)
¡No puedes tener relaciones sexuales con tu hermano!. Eso es inmoral	Yo misma	Múltiples referentes en el medio cultural	Hermano

Obsérvese que no coincide el objeto del daño, con el hipotético ojo acusador primario ni con el ojo acusador considerado por el paciente (que es, por otra parte, con el que en principio debemos trabajar en terapia).

Es decir, no tiene porque existir una coincidencia entre la norma transgredida y su origen, aquel a quien se ha hecho el daño en el hecho real, y el referente que se constituye como acusador simbólico en la vivencia de culpa.

Pero esta divergencia entre los tres referentes simbólicos para esta culpa tan dolorosa debe hacer pensar en la posible existencia de puntos de bloqueo. Y tal y como aparece de manera recurrente detrás de la culpa, y analizaremos en profundidad más adelante, será necesario explorar posibles sentimientos ambivalentes hacia cada uno de los referentes simbólicos

Norma transgredida	Ojo acusador	Probable origen primario	Objeto del daño	Ambivalencia

Cuidar a mi hermano por encima de cualquier cosa	Yo misma	Madre	Hermano Madre (“Si mi madre se enterara se muere”)	- Tiene una excelente relación con su hermano, pero reconoce que está harta de ser “la hermana de”, de tener que anteponer siempre su papel de “cuidadora” a sus propios planes personales y no sentirse valorada por ello. “No puedo abrazarlo. El es muy cariñoso y cada vez que se acerca me sale un rechazo de dentro...Me da rabia no poder abrazarlo”
¡No puedes tener relaciones sexuales con tu hermano!. Eso es inmoral	Yo misma	Múltiples referentes en el medio cultural	Hermano	- Su padre es una persona muy carismática, respetada e implicada en tareas de la comunidad. “Siempre he querido ser como mi padre, pero nunca le perdonaré que fue un irresponsable. Nos dejaba muchas horas solos. Y a veces pienso que dejaba las películas a la vista a propósito.””Todo era para afuera y nada para sus hijos. El tuvo mucho de culpa” . - La madre ha sido la que ha llevado las riendas de la casa y el eje central de la misma : “Antes de preguntarme como me había ido el día, me preguntaba por mi hermano... No sé...”

Constituirse ella misma como referente simbólico de la culpa puede interpretarse como una defensa, en terminología psicoanalítica. Un modo de no enfrentarse a la ambivalencia hacia los padres y su hermano.

Pero en realidad no es así. No es difícil, en la terapia, rastrear el origen de la culpa, y la ambivalencia hacia su familia puede explicitarse con relativamente poco trabajo.

La siguiente tabla analiza las diferentes actitudes terapéuticas posibles en función del referente simbólico de la culpa, tomando el caso de Carla como ejemplo.

Origen de la acusación	<i>Possible camino que esto significa para el paciente</i>	Ejemplo
Atribución de control externo con referente simbólico accesible (el paciente coloca en otros la referencia, y estos son accesibles)	<ul style="list-style-type: none"> - Confrontar su percepción de culpa con la del referente simbólico - Confrontar posibles imágenes negativas del otro (sensación de vergüenza) - Posibilidad de negociación, de reconciliación o, eventualmente, de perdón. 	Si Carla hubiera considerado que el problema es que cada vez que sus padres le hablan de lo orgullosos que están de ella se siente mal y baja la vista, o que no soporta las muestras de afecto de su hermano porque le ha traicionado, se vería enfrentada a la posibilidad de tener que hablar de lo ocurrido (que solo ella sabe o recuerda) con sus padres o con su hermano. Lo primero es impensable y lo segundo inadecuado en la situación actual del hermano
Atribución de control interno. (el paciente pone en él mismo el origen de la acusación)	<ul style="list-style-type: none"> - Analizar la lógica de la culpa - Cuestionarse si realmente asume como propia la norma simbólica infantil (buscar los referentes remotos) - Asumir la responsabilidad y el derecho a equivocarse 	Desde su atribución de control interna Carla intenta manejar la angustia de la culpa por si misma. Al no poder hacerlo aparece, como expresión sintomática de esa angustia, la agresividad y las explosiones.

	- Poder perdonarse a si misma	
Atribución de control externo con referente simbólico inaccesible <i>(el paciente coloca en otros la referencia, y estos han fallecido o no es posible acceder a ellos)</i>	- Analizar la lógica de la culpa - Asumir la responsabilidad y el derecho a equivocarse - Buscar algún tipo de comunicación con el ausente y/o de perdón simbólico por parte de aquel	

Constituirse ella misma en referente simbólico acusador resulta por tanto, posiblemente, la posición psicológica más sana en este contexto. Aquella en la que la persona asume toda la responsabilidad (trasgresor y acusador a la vez). Es decir lo que correspondería con una *atribución de control* interno respecto a la culpa. Un lugar desde el que, teóricamente, ha de ser posible trabajar con mayor facilidad.

- **La existencia de una mirada real**

La metáfora del ojo simbólico no oculta el hecho de que en ocasiones existen miradas reales, expresadas a través de los ojos, o a través de ruidos, de muecas de desaprobación u otras formas de expresión no verbal, que son culpógenas pese a proceder de personas sin significación afectiva especial. Un médico explicaba:

- *Cuando pasamos vimos que en el lado contrario de la carretera había un vehículo completamente partido por la mitad. Se había empotrado en una valla publicitaria. Me acerqué corriendo.... Había una persona atrapada dentro. No sabía muy bien qué hacer. La persona me miraba fijamente, sin decir nada. Me he imaginado a esa señora muchas veces en los años siguientes...*

Cabe pensar que esa mirada es la representación de otra mirada, una suerte de “mirada de la sociedad”, o el reflejo de la mirada de uno sobre sí mismo.

Ejercicio 3. Ojo acusador y análisis de normas

Raul, el paciente descrito al final de la parte II, acude a Urgencias tras un grave gesto autolítico. Refiere, muy angustiado, que ha matado a su gato. Al parecer se le acabó el pienso del animal y le dio un paquete de carne picada que el gato comió con reticencias. Pasó, efectivamente, toda la noche vomitando, y por la mañana murió. Raúl hizo, poco después, una ingesta masiva de Litio.

Aunque el paciente es el único que puede suministrar esta información, ¿puede intentar elaborar un hipotético mapa de los referentes simbólicos que podrían estar actuando, y de las normas transgredidas?.

3. Explorar la posibilidad de la ambivalencia

No es difícil, por lo general, explorar las situaciones de ambivalencia. Igual que ocurre con la exploración de la ideación suicida, abrir la puerta para que la persona exprese sentimientos de ira o rabia hacia el referente inmediato de la culpa suele ser un alivio, si esto se hace con tacto.

Tras dedicar un tiempo prudente a hablar de los vínculos positivos y fuertes que puedan existir hacia el referente simbólico de la culpa, suele ser suficiente una introducción respecto a que incluso con las personas que más queremos es difícil no estar molestos en ocasiones o no sentir a veces enfado o rabia...

En ocasiones se trata de relaciones largas y complejas y que requieren de un análisis más pormenorizado. En estos casos, para trabajar la ambivalencia una buena vía de acceso sería la reconstrucción histórica de la relación con la persona o personas referentes simbólicas de culpa.

Recursos en el trabajo de exploración de la ambivalencia

- o **Historia fotográfica. Se solicita a la persona que traiga a la próxima consulta un cierto número de fotografías (5, 10) que considere especialmente representativas de ella o de ella en relación con las personas generadoras de culpa. En una libreta puede intentar anotar algunas líneas de cada foto: ¿Por qué ha elegido esta foto? ¿Qué edad tenía? ¿Cómo se ve a ella misma? ¿Cómo ve a los otros? ¿Qué emociones (positivas y no tan positivas) le trae? ¿Qué recuerdos?**
- o **Forzar recuerdos equilibrados. Seleccionar tres recuerdos especialmente buenos de la relación con esta persona, y tres recuerdos menos buenos o negativos.**
- o **Maniobras gestálticas. Escribir una carta a la persona con cosas que le gustaban y quizás alguna que gustaba menos de ella.**

- Técnicas de intención paradójica.

En el trabajo de ambivalencia es necesario ser especialmente cauteloso en las formas, porque opera de manera especial el principio de reactancia psicológica : exceptuando personas muy sumisas y dependientes, en general la persona actuará en un sentido contrario al apuntado por un terapeuta excesivamente presionante o que se permita hacer interpretaciones o juicios de valor sobre la relación.

María acude al Centro de Salud Mental presentando un cuadro de agorafobia con crisis de angustia de dos meses de evolución, que no responde al tratamiento farmacológico habitual.

En la historia biográfica surgen varios elementos que parece que podrían tener una cierta lógica interna : hace tres años perdió a su marido de un infarto. Para él la casa en que vivían era muy importante. Tras dudar mucho María decidió finalmente poner en venta la casa y hace alrededor de tres meses apareció un comprador. Ahora está pendiente de firmar el contrato de

compra-venta. Desde entonces no han cesado las crisis de angustia pese a los diferentes fármacos que toma.

Escenario A

T - ¿Qué recuerda de su marido?

María : Me gustaba su manera de ser, su personalidad. Siempre sabía lo que había que hacer en cada momento. El llevaba las cuentas de casa.... Siempre sabía lo que había que hacer. Era admirable. Por ejemplo...

.....

T ¿Qué más recuerda de su marido en ese momento en que estaba ya en la UVI?

María – Que me dijo que sobretodo no vendiera la casa. Si a él le pasaba algo, que no vendiera la casa.

T - ¿Que no vendiera la casa?

María - Exactamente.

T - Vaya, parece que a su marido realmente le gustaba decidir siempre lo que había que hacer con todas las cosas y tener la última palabra...

María - Bueno...

T - Da la impresión , ¿no? Porque no sólo le dice lo que debe hacer usted en vida. Hasta le dice, en ese momento, lo que tiene que hacer o no con la casa en caso de que él ya no esté aquí.. Quizás parece un poco excesivo... ¿Recuerda usted otras situaciones en que él también dijera lo que hay que hacer y dejar de hacer sin consultarle?.

María - Bueno, él no decía siempre lo que hay que hacer o dejar de hacer... Me consultaba muchas veces...

T - Bueno, pero la última palabra la tenía él...

María - No siempre. El no se metía por ejemplo en cómo decoraba yo la casa...

T - Siempre que no la vendiera...

María – Bueno, sí, pero en eso estaba yo de acuerdo. Yo estaba de acuerdo con él en que no había que vender la casa. Siempre estábamos de acuerdo en todo.

T - ¿Siempre?

María – Prácticamente siempre....

T - Ya...

Escenario B

T - ¿Qué más recuerda de su marido en ese momento?

María – Que me dijo que sobretodo no vendiera la casa cuando él ya no estuviera.

T - ¿Que no vendiera la casa?

María - Exactamente.

T - ¿Por qué le diría eso?.

María - Porque ahorramos mucho para comprarla y le tenía mucho cariño a la casa.

T - ¿Y usted?

María - Bueno, también

T - Igual que él.

María - Bueno... igual... no. A mí siempre me pareció que la casa estaba, no sé... muy aislada, y que si algún día le pasaba algo, como yo no tengo carnet de conducir, para cuando llegara un médico o una ambulancia...

T - Mmmm

María : - Además... era una casa muy grande, con muchas escaleras. Era demasiada casa para nosotros, ahora que no estaban ya los niños. El no se daba cuenta, pero yo era una esclava de sacar el polvo a tantas habitaciones casi todos los días...

T - ¿Se lo había comentado a él?

María – Muchas veces.

T - Es decir, que ya estaban pensando los dos en la posibilidad de cambiarse de casa antes de que él falleciera...

María – No, no, bueno, en realidad él no me escuchaba. Se cerraba en banda. Ese tema era innegociable. Si sacaba el tema de la casa podía estar dos días sin hablarme, como si le hubiera nombrado a su madre.

T - Pero es que él quería mucho a su casa. Me decía usted que él había trabajado tanto para conseguirla...

María – Es cierto. Tiene usted razón.

T - Mmmm

María – Pero yo... Yo también había trabajado mucho...

T - Los dos habían trabajado mucho...

María – Pero la verdad es que nunca me escuchó. Y por eso pasó lo que pasó. Y ahora estoy enfadada.

T - ¿Enfadada? ¿La palabra es enfadada...?

María – Enfadada, sí, con él. Estoy muy cabreada. Porque si él no se hubiera puesto así y nos hubiéramos buscado un apartamento cerca de algún hospital o con médicos cerca, ahora él no se habría muerto y yo no estaría aquí. Estoy cabreada porque no me quiso escuchar. En ese tema no me quiso escuchar...

T - No la quiso escuchar..

María - No (inicia el gesto de llorar)

T - ¿Y eso se lo ha dicho a él?.

María - ¿Cómo?

T - Si alguna vez le ha dicho a él, cuando mira las fotos que tiene en casa, que está cabreada...

María – (llora) Se lo digo..... constantemente. Se lo digo todo el día. Todo el día. Pero luego me da mucha pena. Me da mucha pena por él. Porque al fin y al cabo yo estoy aquí y él no. Y era tan bueno. Siempre fue el mejor padre para sus hijos... Le quiero mucho.

T - Bueno, parece que está aquí precisamente porque le quiere mucho y por eso hay cosas que resultan muy dolorosas...

En el caso de María hay una ambivalencia hacia su marido. Cuando ésta es expuesta de modo precipitado, la paciente se repliega. En cambio, los elogios del terapeuta al fallecido y a la unión entre ambos generan, paradójicamente, la posibilidad de explicitar las diferencias.

En las siguientes sesiones podrá iniciarse un recuento biográfico de la relación entre ambos, balanceando los aspectos positivos y negativos y ayudando a elaborar la ambivalencia.

4. Normas introyectadas

La *norma* es un imperativo de conducta que la persona asume como propio. Éste tiene connotaciones éticas o morales, aunque éstas puedan no ser aparentes.

Así, por ejemplo, en los diversos estudios sobre la psicología del torturador²¹¹⁻²¹² uno de los permanentes interrogantes ha sido entender la extrema crueldad hacia el prisionero sin experimentar culpa, manteniendo a la vez, de manera paralela, una vida familiar en la que se muestra sensibilidad y afecto.

La siguiente tabla puede ayudar a una aproximación del significado de la culpa en ese contexto y su relación con las normas que puede ayudarnos a reflexionar a un nivel más general :

	Torturador en aquel momento	Hipotético Torturador arrepentido	Implicaciones
Norma relevante	Fidelidad al grupo. Nada hay más sagrado que la fidelidad a unas ideas y a unos compañeros.	No debe hacerse daño a otras personas El ser humano no debería mostrar signos de crueldad hacia otros seres humanos	El proceso psicológico de formación del torturador será el conjunto de tácticas de condicionamiento que logren hacer que haya una norma (la obediencia, la lealtad al grupo, una vaga noción de patria...) que tengan rango superior y anulen a la norma de cuidado y bondad entre seres humanos
Relación con la culpa	No hay culpa, porque la norma transgredida en la relación de tortura (ser cruel) es considerada de rango inferior a la norma respetada (fidelidad y obediencia). Podrá haberla, respecto a la eficacia como torturador	Culpa al analizar retrospectivamente los hechos.	Enfrentar la tortura en aquel momento es, en parte, intentar confrontar al torturador con esta disonancia (p. ej. hablando de los hijos o interesándose por él). La ruptura posterior del torturador (cuando esta se produce) se asocia al quiebre de la lealtad al grupo como valor esencial constituyente. Eso permite que brote nuevamente las normas básicas de la relación entre humanos, y que secundariamente, aparezca la vivencia de horror y culpa.

Obsérvese que lo perverso en el proceso de formación de un torturador es que, desde la óptica de éste, lo *ético* en ese momento es la lealtad al grupo, y la transgresión, no serlo. Esto explica que, cerrando el círculo de la perversión, en un torturador, tras el proceso de formación, pueden aparecer vivencias de culpa *por no ser un buen torturador* (p. ej. por obtener poca información).

Es un espacio común afirmar que la moral es culturalmente dependiente. Lo que es considerado trasgresión en un medio calvinista no tiene porque ser similar en un medio católico. Las vivencias de culpa que impregnan la cultura japonesa¹⁶⁰⁻²¹³, repetidamente descritas en estudios de psicología y psiquiatría transcultural^a, dejan patente el origen cultural de las normas sobre las que asientan las vivencias de culpa.

^a Existen multitud de síndromes asociados a la culpa, de los que el más conocido es el *amae*. Epidemiológicamente el *amae* es uno de los principales diagnósticos psiquiátricos en Japón, no contemplado por ninguna clasificación de origen euroamericano (DSM, CIE). Constituye una emoción socialmente determinada de vergüenza muy intensa asociada al establecimiento de relaciones de dependencia con personas consideradas en un estrato jerárquico diferente, y que conlleva una serie de obligaciones que no pueden traicionarse. Aceptando la distinción entre culpa y vergüenza, la antropóloga Ruth Benedict consideraba el *Amae* en Japón como el ejemplo más nítido de vergüenza. Doi (1973), psiquiatra japonés, ha hecho el análisis

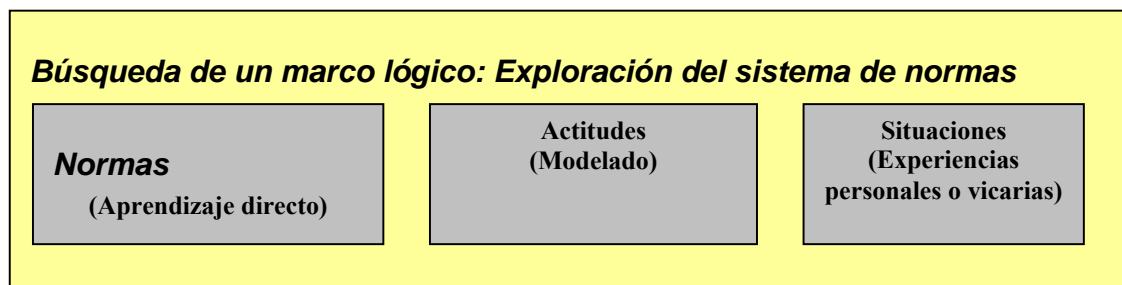
Pero, más allá de ello, hay una especificidad de normas en determinadas grupos o colectivos. Y, finalmente, hay una especificidad *individual*, en conexión con el libre albedrío, que permite que determinadas personalidades actúen con normas propias. Incluso un psicópata tiene su *ética* (p. ej. el placer inmediato como principio rector de conducta).

El ejemplo del torturador nos muestra, además, como en la misma persona pueden coexistir normas contradictorias y sistemas éticos diferentes (del mismo modo en que una persona puede moverse cómodamente en varios sistemas culturales (p.e. un hindú que vive en Londres y viaja con frecuencia a ver a su familia en una zona rural de Catalunya).

Por eso es importante analizar conjuntamente el sistema de normas que resulta transgredido en *esa* vivencia de culpa.

5. Análisis del sistema de normas en terapia

Para poder dar sentido a la culpa, será necesario buscar sus antecedentes, generalmente infantiles. Esta tarea es aparentemente difícil, por varias razones:



a) El aprendizaje de muchas normas significativas a efectos de culpa se produce, como se vio en el marco teórico, en edades muy tempranas (sobretudo de los 3 a los 5 años) en las que raramente existen recuerdos. Los primeros recuerdos pueden tener que ver con personas que no son en realidad aquellas que determinaron los primeros años de vida. En la segunda infancia y la adolescencia sigue habiendo un aporte de normas significativas, y será más fácil poder evocar éstas.

b) El aprendizaje de normas ocurre, como se vio, por múltiples mecanismos. En ocasiones de manera directa (los padres o adultos significativos señalan la trasgresión y explican la norma fomentando la empatía con el otro del niño), pero muchas otras lo son por modelado (el adulto significativo, con su actitud y su modo de hacer las cosas, se constituye en modelo que el niño imita)

c) Más difícil aún es rastrear la adquisición de normas a partir del procesado de información social. En este caso existe una adopción de estándares de conducta adecuados a la cultura sin que haya ningún referente especial de ellos^a.

más profundo y pormenorizado del *Amae* como fenómeno de culpa desde una perspectiva *emic* (es decir, con una mirada desde dentro y como partícipe de la cultura).

^a Desde esta óptica sería casi imposible rastrear los orígenes de la norma. Por poner un ejemplo clásico : determinadas películas provocan el llanto de la mayoría de la audiencia *a pesar del espectador*. Aunque este raziene los trucos empleados por el director y el guionista para provocar esta reacción, el razonamiento lógico no puede evitar alguna lágrima. Existe años de aprendizaje no consciente de datos sociales, y un procesado rápido no consciente del estímulo respecto a ese aprendizaje que hacen que aparezca ese llanto. La persona no llora *porque raziene que la situación del protagonista de la película es lamentable*. Análogamente,

Pero así y todo, el ejercicio de rastreo no es inútil, porque en realidad no estamos buscando la “norma” que nos explique la trasgresión y la culpa, sino construyendo conjuntamente una narrativa que dé sentido a la culpa. En realidad no buscamos la piedra filosofal, sino una piedra sobre la que construir una nueva lógica estructurante.

El ejercicio de rastreo de normas significativas va a permitir al paciente explorar diferentes alternativas en este sentido. Quizás el resultado final se ajuste a la realidad de lo que ocurrió en su infancia, quizás no. Nunca lo sabremos.

Por eso, por un lado el trabajo de búsqueda de normas en la infancia es un trabajo permanentemente abierto a reconsideración en la terapia, por otro, si no se obtienen resultados significativos puede continuarse el trabajo con los elementos siguientes.

Técnicas para la exploración del sistema de normas

- 1. Recuerdo de normas relevantes.** Se invita a la persona a intentar hacer una lista de aquellas normas que se repetían constantemente en su entorno cuando era pequeño, y qué persona o personas insistían más en este aspecto.

J.C. acude a consulta acompañado por su hermana. Desde hace varias semanas está “trastocado”. Se ha despedido, quemó en una gran hoguera todas sus pertenencias, en el patio de la casa, destrozó puertas y muebles y después colocó un cartel de casa en venta. Cuando la familia acudió, alertada por los vecinos, lo encontró frenético, tras varios días sin dormir, acumulando periódicos que leía febrilmente.

Refiere la familia como desencadenante la noticia y las imágenes que le llegaron a través de Internet y que ha visto una y otra vez del suicidio ritual de Lee Kyung Hae, un campesino coreano de 56 años, ante la sede la reunión de la Organización Mundial de Comercio en Cancún (México) hacía unas semanas. J.C. quedó impactado por el gesto de inmólación, que narra casi fotograma a fotograma: ante un cordón policial y tras repartir octavillas explicando que las maniobras de subvención agrícola en el orden, el uso de transgénicos y las políticas de intercambios comerciales promovidas por la OMC habían provocado la ruina del campo coreano y la emigración masiva de pueblos enteros habían quedado desiertos...

J.C. no pudo dormir en toda la noche reviviendo las imágenes de la televisión y pensando en que su vida era un desastre, porque él nunca sería capaz de un gesto de dignidad de este calibre. Toda su vida había pensado que él lucharía por un mundo mejor y ese era su compromiso, pero “nunca había pasado” de participar en todas las actividades de solidaridad local y colaborar, con unos amigos, en la redacción de un periódico con noticias alternativas.

J.C. considera que su vida tiene muchos paralelismos con la de Lee. Sus abuelos fueron inmigrantes del campo a la ciudad. Considera su vida como un absoluto fracaso y se ha propuesto vender todo y empezar una nueva vida, aunque aún no sabe muy bien por dónde empezar. Afirma que sólo sabe lo que “ya no quiere”.

El análisis de normas relevantes recoge:

Norma	Origen
<i>Ser el mejor en todo</i>	<i>Mi padre. Estaba obsesionado con eso. Siempre lanzaba mensajes: “nosotros los Vergara somos los mejores...” y cosas</i>

determinadas situaciones provocan culpa, pese a los razonamientos de la persona, en función de ese procesamiento de información acumulada por años de lecturas, interacciones sociales, narraciones y ejemplos.

	<i>por el estilo. Los demás siempre hacían todo mal.</i>
<i>Trabajar todo el tiempo</i>	<i>Mis padres. Si salíamos de clase teníamos que estudiar otra cosa o hacer algún deporte.</i>
<i>El valor del sacrificio</i>	<i>Mi madre, sobretodo. Siempre nos remarcaba lo mucho que sufría mi padre para sacarnos adelante. De algún modo nunca se era suficientemente bueno para el sacrificio que hacía mi padre, levantándose a las seis o a las siete, no me acuerdo, y llegando a las siete o a las ocho de la noche...</i>
<i>No gastar dinero en cosas tontas</i>	<i>Mis padres y mis abuelos. El dinero siempre tuvo un peso muy importante en casa, quizás porque no sobraba. Cuando alguien se compraba algo, lo primero que decía era que le había costado muy barato., como para excusarse. Mi madre podía tirarse horas lavando a mano para ganar algo de dinero . Nosotros la ayudábamos. Creo que aprendí a lavar ropa a mano con ocho o nueve años. Nos daba los calcetines, los calzoncillos.. las cosas pequeñas. Era raro ver la ropa que usaba otra gente....</i>
<i>Las injusticias sociales. Saber que en el fondo eres un privilegiado porque tienes de todo</i>	<i>Mis padres insistieron mucho, pero yo creo que también los curas. Machacaban mucho con eso. Te culpabilizaban mucho con películas y cosas. Pero eso me parece bien. Creo que hay que enseñar la realidad de las cosas en los colegios. Nosotros estábamos mejor que otros.</i>
<i>Obedecer</i>	<i>Mi padre. Muchas veces decía cosas que no sabía ni porqué las decía, pero había que hacerlo por un principio de autoridad. Por ejemplo, si decía que nadie podía empezar a comer hasta estar todos juntos sentados a la mesa y te veía comiendo algo, podía dejarte sin comer dos días.</i>

De entre éstas cabe seleccionar cuales cree la persona que le han influido más en su vida, y cuáles cree que puedan tener relación con lo que le ocurre ahora.

Es probable que la persona tienda a acordarse más de situaciones en que fue “castigado”. El que esto sea así, no significa que realmente sean las situaciones que más pueden haber influido. Como se vio en la parte general, el castigo no suele generar culpa, sino rechazo a la norma.

En el caso del J.C., el análisis de las normas infantiles, que parecen provenir prácticamente de manera única de sus padres y del colegio, y que le permiten empezar a contemplar la posible existencia de pautas-problema en su situación actual de confusión es:

Norma	Influencia – Grado de acuerdo que ACTUALMENTE tiene con esta norma - Ejemplos
<i>Ser el mejor en todo</i>	<i>Muchísima. Ahora me genera rechazo. Creo que no me ha ayudado a ser feliz, sino al contrario. Aunque probablemente sí me ayudó a acabar los estudios con buenas notas. No sé... no sé decir.</i>
<i>Trabajar todo el tiempo</i>	<i>No mucho. Además, me parece una buena norma. Creo que es importante trabajar y comprometerse con las cosas hasta el final.</i>
<i>El valor del sacrificio</i>	<i>Ahora no mucho. Antes sí.</i>

	<i>Admiro a los ciclistas y me gusta subir montañas. El sacrificio tiene el placer de ver los límites de uno. Creo que el sacrificio es bueno valor en sí mismo.</i>
<i>No gastar dinero en cosas tontas</i>	<i>Ahora no mucho, aunque durante años fue una tortura. No podía comprarme nada sin estar dudando durante semanas y muchas veces prefería regalárselo a otro. Ahora creo que me pasa lo contrario. Últimamente si veo algo me lo compro casi sin pensar.</i>
<i>Las injusticias sociales. Saber que eres un privilegiado</i>	<i>Mucho. Creo que me ha marcado. Y me parece bien. Más que bien. Yo no le llamaría culpa, sino responsabilidad social y habría que ver en las escuelas como conseguir que todos los niños la tuvieran.</i>
<i>Obedecer</i>	<i>Un poco de disciplina es buena, pero la obediencia no tiene un valor por sí misma. Creo que ahora me paso en el otro sentido. Me encanta saltarme normas. Tengo problemas en el trabajo con eso, aunque como luego trabajo mucho los jefes no se atreven a echarme, pero sé que les caigo mal porque no respeto las reglas.</i>

2. Modelado de actitudes.

El segundo factor a explorar de modo sistemático es la existencia de modelos cercanos. Una vía posible de acceso –siempre dependiente del recuerdo- es explorar la actitud de las figuras simbólicas más representativas de la infancia respecto al tema objeto de la culpa (o temas conexos).

El padre de J.C. había sido funcionario de banca. Tiene recuerdos muy fragmentados de él, algunos agradables y otros no, hasta casi los 15 años en que recuerda nítidamente algunas discusiones de temas políticos y que siempre acababan invariablemente con la frase “si no te gusta, ya sabes donde está la puerta”. Refiere que le crispaba verle muchas tardes jugando a las cartas en la cantina o viendo la televisión tardes enteras. “Tenía una sensación asfixiante. Odiaba la televisión. Representaba la muerte en vida. Ser espectador de la vida en lugar de vivirla. Yo ya no quiero más ser espectador de la vida. Quiero vivirla, y en primera línea. Quiero ser protagonista”.

La madre siempre vivía agobiada. Tenía obsesión con la limpieza de la casa “por si venía alguien”. Era perseverante y recuerda que él pudo estudiar mecánica gracias a que su madre estuvo tres días haciendo cola ante la escuela de artes y oficios, quedándose incluso a dormir en la calle para conseguir una plaza. Esa vez su padre se rió de los dos y eso lo recuerda J.C. con resentimiento.

Recuerda también, especialmente, a la tía M., misionera evangélica en Filipinas, que venía a verles de cuando en cuando trayendo cosas rarísimas de madera y contando historias que le impresionaban mucho. A los 14 años se empeñó en dejar los estudios e irse con ella. Su padre le contestó de un guantazo sin mediar palabra. Él se declaró en huelga de hambre, y la propia tía fue quien le hizo desistir, explicándole que a los catorce años lo que había que hacer era prepararse y estudiar.

Ejercicio 4 : Reflexión sobre el Sistema de Normas

1. Intente recapitular, como experiencia personal, las normas infantiles más frecuentemente repetidas en su entorno que recuerde
2. Intente evaluar el grado de influencia que estas normas han tenido sobre usted a partir de los 20 años
3. Intente decidir si, en la actualidad, está de acuerdo o no con las normas, explícitas o implícitas, que recibió

3. Experiencias personales. Por último el recuento biográfico puede ayudar a la búsqueda de :

- a) Experiencias que pudieran conllevar un mayor grado de vulnerabilidad a presentar sentimientos de culpa ante futuros hechos traumáticos
- b) Hechos relevantes de la historia biográfica.

A. es remitida por su médico de familia por un cuadro de fibromialgia. Es atendida en el servicio de Reumatología y en la Unidad del Dolor. Presenta un cuadro caracterizado por múltiples somatizaciones, crisis de ansiedad sin agorafobia y fenómenos de desrealización. Una exploración más pormenorizada va mostrando una proliferación de síntomas disociativos (episodios de amnesia psicógena, dos episodios breves de fuga, episodios frecuentes de despersonalización. Es descrita por su familia como una persona, por lo general, “abstraída” y “ausente”).

El análisis biográfico muestra importantes lagunas de memoria entre los 15 y los 21 años. Siendo la hermana mayor de 6 hermanos, su padre quedó inválido en un accidente laboral a los 8 años, asumiendo ella gran parte de las tareas de madre sustituta. Recuerda, fugazmente, vivir permanentemente angustiada debiendo cocinar, tener la casa en orden, arreglar a sus hermanos para que pudieran ir a colegio etc. Ella, a su vez, no pudo volver al colegio.

Tras varios meses de tratamiento en la que es difícil llevar a la paciente más allá del foco de sus síntomas físicos y un pasado al que se refiere siempre con términos vagos y difusos, una casualidad ayuda a desbloquear la terapia. Un conductor de ambulancia al ver sus apellidos en el sobre de la historia clínica señala que hace más de diez años atendió a su hermano que murió, en extrañas circunstancias. Fue encontrado en un descampado, sin ropa y con la cabeza hundida por una gran piedra. El hecho conmocionó a la localidad, que durante semanas vivió pendiente de encontrar al asesino, que finalmente no fue localizado. El estaba presente cuando se hizo el levantamiento del cadáver. Por eso recuerda perfectamente los dos apellidos.

Al proponer el tema en la terapia, A. entra repentinamente en un estado de pseudocrisis epiléptica, cae al suelo y empieza a golpearse violentísimamente la cabeza contra el suelo. Horas después, en una camilla y recuperada sin estado post-crítico, refiere no recordar nada de lo ocurrido, y pregunta, en tono regresivo y quejándose de dolor de cabeza, cuando va a volver su hermano del colegio, porque si su padre se entera de que aún no ha llegado, “la va a matar de una paliza”.

Semanas después, es capaz de contar cómo su padre murió, un año después que su hermano, de un cáncer. “Mi hermano era su favorito y no lo superó. Cada vez que me miraba, me estaba hablando con esa mirada de mi hermano. A mí nunca me quiso. No le importé en absoluto. Para él siempre lo hice todo mal”.

En A. se entremezclan numerosos factores:

- a) Aparecen vivencias bloqueantes de culpa que encuentran su vía de expresión a través de somatizaciones y de experiencias disociativas.
- b) A falta de analizar el papel de las normas infantiles u otros elementos que pudieran ayudar a comprender estas vivencias, los hechos actuales permiten, al menos, ver la importancia de:
 - una infancia con un padre permanentemente enfermo, que delega todo en una hija menor, mostrándose con un modelo pasivo (y probablemente rentista) en su rol de enfermo, alternado con una autoridad autocrática basada en el castigo
 - en ausencia del padre, la falta de otra figura de autoridad que provea de una estructuración adecuada de la identidad (llámese formación del narcisismo primario, autoestima sólida o de otro modo)
 - la existencia de un hecho traumático infantil grave (accidente laboral del padre), y dos muertes traumáticas en la adolescencia (hermano y padre), ámbas vividas con una gran culpabilidad
 - sus vivencias de impotencia ante la responsabilidad de tener que llevar la casa y ante la muerte de su hermano, y la disociación como salida

En este contexto, los dolores invalidantes de la fibromialgia parecen ser una opción (¿conversiva?) a sus síntomas disociativos, ante las dificultades que tiene en la actualidad para mantener la amnesia que la ha protegido durante años²¹⁴, quizás por el hecho de que su propio hijo mayor tiene, en la actualidad, la misma edad que el hermano que murió y del que, por cierto, lleva el mismo nombre.

6. El problema de la motivación y la conciencia en la evaluación del daño

Un elemento clave en la comprensión del carácter aparentemente *ilógico* de la culpa, es su relación con el daño y la motivación que pudiera subyacer a ello. Se trata de una valoración *subjetiva*, sobre la que no hay criterio de validación.

El siguiente cuadro ilustra la relación entre daño – culpa y motivación al daño a través de los dos ejemplos extremos de esta relación: la culpa religiosa y la jurídica.

En la culpa religiosa cristiana el elemento clave para considerar el nivel de responsabilidad es la *motivación* de la persona al hecho, es decir, la intencionalidad. Se habla de *pecado* como de la opción elegida por la persona de transgredir una norma por palabra, hecho u omisión. Por ello la esencia del manejo religioso de la culpa estriba en el *acto de contrición* (arrepentirse significa cambiar la voluntad de repetir este tipo de actos en el futuro), que lleva al perdón por parte de quien dispone de la autoridad moral o institucional para otorgarlo (el sacerdote en representación de Dios).

Por contraste, y en el otro extremo del continuum está el paradigma de *culpa jurídica*. De manera consciente y explícita los jueces dictaminan la responsabilidad en función de las *consecuencias de los hechos*. No solo la falta de motivación al daño (de *intencionalidad*) no exime de responsabilidad, sino que *ni siquiera el desconocimiento de la ley exime de ella*. Se es culpable por palabra, obra u omisión cuando de los hechos

realizados se derivan circunstancias que *lesionan a otros*^a. En consecuencia, la esencia del manejo jurídico de la culpa es el *castigo*^b. La contrición es irrelevante –como muestran los



casos de personas que deben ingresar en prisión y cumplir su condena muchos años después de los hechos y con una vida en la que ha habido y hay muestras evidentes de contrición y cambio-

^a La razón de este enfoque es lógica : nadie puede, a ciencia cierta, saber la motivación que indujo a la realización de un determinado acto. Muchas veces ni siquiera la propia persona. En consecuencia, no es posible juzgar sobre conjeturas. Así y todo el juez tiene la potestad de tomar en consideración los elementos motivacionales si considera estos probados : así, la calificación de daño u homicidio *involuntario*, o la calificación de un hecho como *alevoso*, significan consideraciones que entran en el terreno de las motivaciones de la persona al hecho.

^b Este es el manejo en el mundo occidental, en el que el castigo es la forma esencial de confrontar el daño. Otras culturas (y cada vez más personas dentro de la nuestra) observan en esto un error : el *castigo* ni es rehabilitador ni es en sí mismo útil para la persona. Parecerían social y personalmente más relevantes, allí donde fuera posible, las formas de *compensación*. Así, por ejemplo, Efraime (citado en Peltzer (1996)) describe el caso de un muchacho en Mozambique que ha sido soldado y que consulta a un sanador porque siente que por la noche le persiguen los espíritus de aquellos a los que ha matado en la guerra. El sanador decide hacer una ceremonia en la que deben estar presentes los padres del soldado y en la que se permite que los espíritus de los fallecidos hablen a través de él. El muchacho puede entonces escucharles y pedirles perdón. Los fallecidos piden, a través del sanador, compensación material y que el soldado ayude a los familiares supervivientes a seguir adelante. Al día siguiente el muchacho decide comprometerse a ayudar económicamente a los hijos de aquellos a quienes mató, sintiéndose mucho mejor.

Entre estos dos polos arquetípicos cada persona situará su culpa. Será necesario explorar cómo conceptualiza el daño y su relación con la intencionalidad que la persona cree percibir en sí respecto a aquel o aquello que se dañó para poder ir perfilando vías de acceso terapéutico

Exploración de la relación entre daño – culpa e intencionalidad al daño y vías terapéuticas.

1. Convertir lo difícilmente controlable en voluntario

Detrás de las vivencias de culpa puede existir, en consonancia con lo anterior, el hecho de dotar de consideraciones morales a hechos que no tienen necesariamente por qué tenerlas.

En la base de la culpa puede haber muchas reacciones involuntarias incontrolables: pensamientos o emociones vergonzantes, haberse quedado congelado, tartamudeo o relajación de esfínteres... Con frecuencia uno tiende a convertir lo involuntario en voluntario. Hechos que luego son vistos como indicadores de algún tipo de perversidad intrínseca, es decir, de algún modo, voluntarios y conscientes.

Cuando aparecen, suelen corresponder a formas de manifestación de vivencias de vergüenza. Dentro del patrón de funcionamiento de la vergüenza, se atribuyen como características intrínsecas de la persona lo que corresponden a situaciones circunstanciales.

P - En el momento en que lo mataban pensé “como un coco, suena como un coco...”. Como cuando mi tío, de pequeño, partía los cocos...

T -

P - ¿Cómo puede ser alguien así?. ¿Le disparan en la cabeza a tu mejor amigo y pensar “como un coco”?

T - Es que a lo mejor de verdad sonó como un coco...

P - Pero es horrible ser alguien capaz de pensar una cosa así...

T : No lo sé. A veces uno, en determinadas situaciones, uno se sonroja, suda, se mea encima o piensa “como un coco”. Nuestros sentimientos, las reacciones de nuestro cuerpo o lo primero que pensamos no siempre son cosas que podemos controlar. De hecho, ni siquiera que podamos considerar como nuestras...

P - Merezco morir, por haber pensado algo así...

T - ¿Y por estar sudando y tartamudeando ahora, mientras lo recuerdas?

Las vías de acceso terapéutico tienen que ver con romper esta identificación entre las respuestas automáticas y la connotación moral que se desprendería de ellas *en caso de ser voluntarias*.

Algunas preguntas pueden ser del tipo: “¿Era realmente usted? ¿Cree que su reacción fue “a propósito” o tenía de algún modo la sensación de que ocurría “para su sorpresa” o incluso “a su pesar”?”. Como metáfora terapéutica puede usarse el sonrojo : “¿Cree que las personas que se sonrojan en público lo hacen a propósito?. Si es así ¿qué ocurre cuando intentan evitarlo?.

Puede ocurrir que se atribuya la reacción a significados inconscientes que habrían quedado al descubierto (haber sido pillado *in fraganti*)

¿Cree que este tipo de situaciones (sudar, sonrojarse) dicen algo sobre lo que piensa la persona en este momento? ¿Puede usted saber lo que piensa una persona por cómo reacciona su cuerpo?. ¿Y puede saber algo sobre si esa persona es fiable, es buena o mala, ética o inmoral?.

2. Culpa y responsabilidad.

Las narrativas del paciente que entronquen con una percepción de ausencia de culpa abren el trabajo desde el enfoque opuesto: Definir la culpa precisamente **desde la intencionalidad** (modelo religioso), marcando en ello la diferencia entre culpa y responsabilidad. Si en su caso no hubo intencionalidad, no puede haber *culpa*. El trabajo da de este modo un giro importante: lo relevante no es enfrentar la culpa, sino asumir la responsabilidad. Desde ahí es posible trabajar los conceptos de error, de perdón y de reparación (ver más adelante).

La falta de resonancia al intentar avanzar aceptando como hecho la negación de la intencionalidad del daño indica, probablemente, un nudo conflictual : no existió intencionalidad consciente de daño ¿o quizás sí?. Detrás de la culpa habrá, probablemente, una situación de **ambivalencia amor-odio** que requiera ser trabajada.

3. Culpa y reparación.

Si esta línea de trabajo no encuentra resonancia afectiva, y en la narrativa del paciente predomina la idea de que existía *voluntad de hacer daño*, se entra en un terreno más complejo. Puede intentar avanzarse entonces en la conceptualización de la culpa desde sus consecuencias (modelo jurídico). Esto significará explorar con la persona los conceptos asociados a la idea de *castigo* (lógica del castigo, castigo consciente como reparación o castigo inconsciente como simple daño deliberado, castigo útil o inútil, proporcionalidad del castigo al hecho etc etc) (ver más adelante) y en la idea de *reparación* por el daño hecho.

Sobre estos conceptos se regresará más tarde.

Formas complicadas de culpa en relación con la percepción de motivación

En base a estos dos arquetipos de culpa pueden entenderse algunos tipos de culpa especialmente complejos:

Culpa normativa.

En el paradigma de culpa religiosa o normativa, algunas normas proceden de la inducción de que una norma es *buena o mala* porque sí, en base a la autoridad moral de quien induce la norma, sin que esté inspirada en que lo bueno o lo malo se infieran de las consecuencias de la acción. Al estar basada la culpa en la **norma** y no en los **hechos**, los hechos podrán provocar el cuestionamiento de la norma y por tanto una crisis personal que va más allá de la culpa en concreto, porque incluye el cuestionamiento del sistema de valores que daba estructura a la persona.

Culpa factual.

En el paradigma de culpa jurídica o factual el principal riesgo procederá de la proporcionalidad entre la decisión, los motivos y las consecuencias. Unas consecuencias

desproporcionadas al hecho conllevarán un cuestionamiento de creencias básicas de la persona respecto al orden de las cosas^a.

Ausencia de castigo y culpa.

Podrá ocurrir la paradoja contraria : la ausencia de culpa (y castigo) generará y perpetuará la culpa. Algo que ya vimos en el ejemplo de la novela *Crimen y Castigo* de Dostoievsky.

Teresa es remitida al Centro de Salud Mental desde Servicios Sociales por un problema de alcohol. Consume cannabis y en sus ratos de ocio acude a un pub local donde tiene un público regular que le aplaude sus karaokes de temas de rock clásico y blues. Está en trámite un expediente de guardia y custodia de sus hijos y una de las exigencias para frenar el proceso es que se ponga en tratamiento del consumo de tóxicos. Ella no suele acudir a las citas con servicios sociales.

Teresa tuvo, muy joven, cuatro hijos, prácticamente sin solución de continuidad. Venía de una familia muy numerosa y consideraba su ideal tener una familia “cuanto más grande mejor”. Desbordada por las dificultades económicas y la falta de apoyo de un marido muy joven y generalmente ausente “trabajando”, ella misma se ausentaba de la casa para bajar al pub dejando a los pequeños al cuidado de los mayores o de alguna vecina. Tiene recuerdos confusos de aquella época.

En una de las sesiones la paciente comenta que siempre se sintió desbordada por el cuidado de sus cinco hijos. Al señalar el terapeuta que creía que eran cuatro, Teresa se bloquea. Tras unos segundos comenta de manera rápida : bueno, hubo uno que murió con dieciocho meses.

Al preguntársele en otra sesión por el hijo fallecido, comenta : “Ese día estaba yo bastante bebida. Me vinieron a buscar las vecinas. Recuerdo que estaba cantando una cosa de Billie Holiday, pero ese día me saltaba estrofas enteras.... Me dijeron que el pequeño, tirando del cable del televisor había volcado la mesilla y el televisor le cayó encima y le aplastó...”. “Lo peor que recuerdo es que los vecinos llamaron a una ambulancia que se lo llevó para el hospital. Yo me quedé en la casa con los otros, pero luego vino mi madre... Y yo, me fui al pub, pedí otra cerveza y le dije al de la barra que no había pasado nada, que eran cuentos de la vecina para joderme.... Supongo que sabía que estaba muerto y no quería ir al Hospital para verlo muerto... Pero el irme al pub, eso si me acuerdo...”.

Se consideró un accidente y en ningún momento hubo ninguna actuación legal. No se volvió a hablar del tema hasta el punto de que la madre informaba siempre de que tenía cuatro hijos.

Poder hablar durante varias sesiones de sus sentimientos respecto al hijo fallecido y trabajar en parte el duelo, pero sobretodo la culpa conllevó una abstinencia absoluta. El consumo de alcohol, preexistente al hecho traumático y completamente desmesurado desde la muerte del niño, pasó a estar asociado a lo ocurrido.

En opinión de Teresa hubiera preferido “mil veces” que en aquella ocasión hubiera habido un juicio y que alguien decidiera, si tenía culpa, lo que tenía que “pagar”. La ausencia de castigo se convertía en un factor dañino de perpetuación del dolor. Hubo que buscar alternativas en el proceso de terapia.

^a Además, la existencia de un canon normativo externo a la persona conllevará la posibilidad de ser castigado precisamente por obrar acorde con la ética personal. Así, el paradigma será el preso político que encuentra, precisamente, su máxima dignidad en el hecho de ser considerado “culpable”.

7. Explicitar lo ilógico en la evaluación de la responsabilidad personal

Con todo lo trabajado hasta hora, es posible plantear ya un panorama global de los posibles errores de juicio que pudiera estar cometiendo la persona a la hora de evaluar su culpa. La culpa es casi siempre ilógica. Aunque ayudar al paciente a ver en qué consiste el error de juicio en el que se basan sus vivencias de culpa no va a hacer que desaparezcan, si que es una condición necesaria en el trabajo de clarificación.

Aunque pudiera parecer que éste es el núcleo de la terapia, como algunos autores han propuesto (p.e. Kubany (1995)²¹⁵⁻²¹⁶ o Matsakis²¹⁷ (1999)), en realidad lo es en ocasiones más para el terapeuta que para el paciente, que no suele vencer una culpa invalidante a través del uso de razonamientos lógicos, por más ciertos que éstas sean. Se trata de razonamientos que, quizás expresados de modo menos sofisticado, han sido ya aportados en algún momento por quienes le rodean sin encontrar resonancia.

Lo que el razonamiento lógico quizás si nos permita es construir y consolidar otras narrativas sobre los hechos, verse a sí mismo de otra manera y construir desde ahí otra realidad menos culpógena.

Por ello, en el modelo de trabajo propuesto el análisis de los errores de juicio se reserva para un segundo nivel de intervención que requiere un trabajo previo de planificación de la sesión para no abrumar al paciente conduciéndole hacia razonamientos socráticos sofisticados de los que, en el caso de la culpa, con frecuencia raramente se va a acordar al cabo de unos días (ver anexo I y ejemplo) volviendo, como un muelle, a aparecer nuevamente la culpa, como ocurre cuando se intenta razonar las ideas obsesivas irracionales.

Criterios en el trabajo con errores de juicio

Al analizar los errores de juicio subyacentes a una vivencia de culpa, el objetivo no es “demostrar” que la persona no es culpable, sino ayudar a ver que el nivel de culpa “es desproporcionado” al nivel de responsabilidad.

Sin insistir en este aspecto una y otra vez, es probable que se genere una respuesta de rechazo por parte de la persona, con expresiones del tipo “se que su intención es buena y que intenta convencerme que no tengo culpa, pero yo sé que en realidad...” ó “quiere lavarme el cerebro para que piense que no tengo culpa, y lo hace por mi bien, pero...”.

La palabra para conseguir una buena alianza terapéutica, en este momento del trabajo, puede ser “proporcionalidad”.

Es necesario seleccionar cuidadosamente, a partir del recuento de los hechos realizado por la persona y de su narrativa personal en ella, el tipo de errores de juicio a trabajar (ver protocolo en Anexo 1)

Por ejemplo, en la culpa del superviviente trabajar sobre las ventajas e inconvenientes de las fantasías de “finales alternativos” puede resultar inadecuado.

Una manera de evitar este tipo de situaciones es dar a la persona una guía sobre posibles errores de juicio (ver tabla adjunta) y que sea la misma persona la que evalúe si alguna pudiera ser aplicable a su situación actual.

Puede trabajarse a partir de las identificaciones que haga. Puede que no sean las más relevantes, pero en todo caso serán las más significativas.

Aquellos que la persona no comprenda, por lo sinóptico de la explicación, permitirán una aproximación más neutra y despersonalizada a la misma (“*hay personas a las que lo que les ocurre es que..*”).

Principales errores de juicio en el trabajo con vivencias de culpa y modo de afrontarlos en terapia

1. Culpa por Generalización

Esta es la acepción que algunos autores¹⁸⁹⁻¹⁹⁰ denominan vergüenza, provocando confusión con éste término (ver la discusión al respecto en el marco teórico). Se alude aquí simplemente a expresiones de descalificación global en el contexto de un hecho culpógeno, al uso de “yo soy” en lugar de “yo hice”.

Una tarea del trabajo terapéutico será el análisis de los errores de generalización de hechos de culpa, lo que aparecerá muchas veces mezclado con percepciones reales de vergüenza. La refractariedad al razonamiento lógico será, probablemente, la que mejor muestre si se trata de una situación circunstancial o referida a la estructura psicológica más estable de funcionamiento de la persona.

H. es traído a Urgencias tras haber provocado un vuelco voluntario con la moto. Se ha fracturado una pierna. Se trata del tercer intento de suicidio grave en las últimas dos semanas.

En las anteriores ocasiones, con ingesta de alcohol y fármacos, permaneció en la observación, siendo dado de alta al día siguiente al manifestar crítica de lo sucedido. Relaciona los hechos con “momentos de desesperación” en relación con la separación de su mujer, y en el contexto de ir a recoger al hijo de ambos a la casa de ella u otras situaciones críticas similares.

En la entrevista en Urgencias suelta directamente, sin ser preguntado: “Soy un auténtico hijo de puta y todo esto que me está pasando me lo he ganado directamente”. Al ser preguntado explica: “La engañé con otra. Además una niñata que ni le llega a la suela del zapato. Me lo tengo merecido. Y además con una que ella conoce. Nunca me lo va a perdonar. En la vida. Y con razón, porque soy un cabrón, un cerdo...”

H. ha tenido una separación anterior, que fue muy dolorosa. Con su actual pareja llevaba dos años de matrimonio. En el despacho no hace más que proliferar insultos contra sí mismo y deseos de hacerse daño.

T: “Por tres veces ha intentado usted matarse en las últimas dos semanas. Muy grave debe ser lo ocurrido para eso...”

P: “Se lo he contado...”

T: “Pero no creo que se quiera usted matar sólo por eso... Miles de parejas se separan y no les pasa esto”

P: “Por eso y porque soy un cerdo... No puedo ni mirarme al espejo...”

T: “Quiero entender que se siente usted culpable por lo que me contó. Tan culpable que no sabe como poder soportar ese dolor y por eso intenta usted acabar con él de este modo, como extirpándolo”

P: “No, no quiero acabar con ese dolor. Me lo merezco. Quiero acabar conmigo porque después de esto, no puedo seguir viviendo”

T: “No puede...”

P: “Todo el mundo sabe lo que le hice. La he humillado delante de sus padres, de nuestros amigos, en el trabajo... le he destrozado su vida... Mis hijos saben que soy un cabronazo...”

Desde esta situación es muy difícil poder trabajar. Por ello, el terapeuta analiza brevemente con el paciente las emociones básicas (rabia, impotencia) y la relación entre éstas y las conductas autodestructivas (ver más adelante) y logra un pacto básico de trabajo.

En las siguientes sesiones, ya a nivel ambulatorio, observa nuevamente que no es posible abordar las vivencias de culpa porque hay una necesidad de castigo que tiene que ver con una descalificación radical de sí mismo como persona: hay una generalización descalificante de la culpa.

El trabajo en terapia pasa entonces a centrarse en el análisis de estas expresiones de autodesprecio, para intentar convertir el “soy” en “hice”. El terapeuta aborda las razones por las que los hechos ocurridos han generado una situación de autodesprecio.

Trabajo de reestructuración cognitiva de vivencias de autodesprecio y culpa generalizada

Nivel 1

1. Descripción subjetiva de hechos y narrativa de sí que se infiera de la misma
2. Refutación de los pensamientos que subyacen a la generalización:
 - a. **Relativizar el “siempre”.** Convertir, por razonamiento socrático, “soy repugnante, porque siempre fallo a los demás”, en “a veces fallo a los demás y soy repugnante”,
 - b. **Relativizar el “soy”.** Convertir esto a su vez en “las veces en que fallo a los demás, me siento repugnante”

Y finalmente :

- c. **Transformar el “soy” en “hice”.** “Ese día, cuando hice eso, me sentí triste, muy mal”.

En suma, es pasar de “soy....” a “a veces hago... (y entonces me siento....)”

3. Insistir en el concepto de “error”, como elemento clave. El concepto de error va asociado al de responsabilización (y NO huida, que es lo que el paciente hace cada vez que aparta la situación de su mente) y permite abordar la rectificación, el perdón de otros o de uno mismo, la reparación etc

Nivel 2

4. Análisis de experiencias biográficas de abandono
5. Análisis de hechos anteriores generadores de culpa que pudieran indicar la existencia de pautas-problema

P : “La verdad es que no sé por qué lo hice. Nunca le había sido infiel ni a mi mujer ni a mi exmujer. Se lo juro. Debe creerme. No sé qué me pasó.... Estábamos mal...”

T : “Es decir, quiero entender que por lo general usted ha sido fiel...”

P : “En éste y en todos los sentidos...”

T : “Es decir, que en lugar de decir que es usted un, decía usted, cerdo... Mmmm, podríamos decir que es usted una persona por lo general fiel, aunque ha habido una ocasión en que cometió un error...”

P : “Un error imperdonable...”

T : “Bueno, no lo sé... En todo caso un error...”

P : “Sí...”

T : “Esa idea creo que es importante. Creo que es bueno que pensemos en términos de errores. Lo cierto es que la gente no “es” de una determinada manera, sino que unas veces hace unas cosas, otras, sin saber muy bien por qué, puede hacer lo contrario...”

P : “Ya, lo que se suele decir, que cualquier persona puede ser capaz de lo mejor y lo peor...”

T : “Esa es una buena manera de decirlo... Hasta las personas más honorables tienen aspectos que no les gustaría que se supieran, y la persona en apariencia menos fiable puede ser la que realice la mayor heroicidad...”

P : “Sé lo que quiere decir...”

T : “Si tuviéramos que pensar en cosas de usted por las que puede sentirse orgulloso...?”

P : “No se me ocurre ninguna. No tengo ninguna. Soy...”

T : “Creo que podemos intentar no usar expresiones que empiecen por “soy”, sino en todo caso por “a veces soy”, o por “hice”, que parece que pueden ser más realistas...”

P :

T : “Dígame, ¿cuáles cree que son las razones por las que su primera mujer se enamoró de usted?”

P : “Entonces era guapo. Y tenía mucha seguridad en si mismo. Y era una persona fiable”

T : “¿Era?”

P : “Lo soy”.

T : “¿Y su última pareja?”

P : “Me decía que le gustaba mi tranquilidad y el modo en que cuidaba a nuestro hijo...”

T : “¿Siempre cuidaba a su hijo bien?”

P : “Bueno, casi siempre”.

T : “Es decir, que es usted una persona por lo general segura de si misma, fiable y tranquila, y que por lo general cuida a su hijo al que adora...”

P : ...

T : “Y que a veces comete errores que pueden llegar a ser muy graves...”

P : ...

T : “Es decir, usted ha cometido un error muy grave, es usted culpable, dicho con mayúsculas y con toda la gravedad, de haber roto un pacto de confianza con su mujer y haber sido infiel...”

P : “Sí, sí...”

T : “Pues si estamos de acuerdo en eso, las cosas cambian, porque el problema no es si usted es así o así, que son cosas que en realidad no nos dicen mucho, sino que usted es culpable de un error y que usted debe asumir esa responsabilidad. Usted debe asumir la responsabilidad de ese error.

P : “La idea sería que debo asumir que a lo hecho, pecho...”

T : “Esa es una buena frase : a lo hecho, pecho. Esa frase probablemente nos puede ayudar...”

P : “¿Y luego...”

T : “No lo sé... Eso lo tendrá que decidir usted...”

A través de combatir el error de generalización, se abren notablemente las posibilidades de avance terapéutico.

T : “Usted cometió un error por el que lleva pagando casi seis meses.... ¿Hasta cuando va a durar esta travesía del desierto?

P : Hasta que ella me perdone...

T : ¿De verdad cree que las cosas no van a cambiar hasta que ella le perdone...? ¿Y si nunca ocurre?

P : “Entonces es mejor morirme....”

T : “Si hubiera sido al revés, ¿usted la habría perdonado?

P : “Creo que sí... tanto dolor no tiene sentido”

T : “En realidad da la impresión como si lo que necesitara fuera perdonarse usted a si mismo”

P : ...

T : “Acaba de decir que usted la habría perdonado ya a ella... Y ¿a usted?. ¿Es usted capaz de perdonarse a si mismo después de tantos meses de dolor...?”

P : “Quizás si que tenga también derecho a equivocarme... Pero siento una culpa tan horrible. Me está destrozando por dentro...”

- **¿Existe realmente un error de generalización? : El estigma como metáfora de la culpa.**

Pero ver este tipo de expresiones descalificatorias simplemente como un error *cognitivo* de generalización puede ser una perspectiva simplista del problema. La vida no se estructura mentalmente como un balance de situaciones positivas y negativas, de éxitos y fracasos. Además, supondría asumir que si razonáramos de manera irrefutable no existirían culpas. Y ambas cosas no son ciertas.

En realidad la mente organiza la información en mapas conceptuales que se estructuran en base a reglas y asociaciones entre elementos, pero sobretodo en base a excepciones, cuando éstas excepciones suponen una amenaza importante o cuando la persona está especialmente sensibilizada hacia un tema.

En realidad existen situaciones críticas que dejan un impacto muy superior a otras en el mapa cognitivo que se disponga de sí mismo o de una determinada situación. Meses de hacer bien un trabajo pueden tener menos peso en la visión que tiene una persona de sí respecto a ese puesto que un informe en general elogioso pero con algún comentario negativo incisivo de un supervisor.

¿Por qué ese impacto desmesurado de algunos hechos negativos?. En general, porque el ser humano tiende a construir reglas para orientarse en el mundo, reglas que le dan lógica y seguridad. Las excepciones, sobretodo si son críticas, cuestionan la exactitud de esa regla y llevan a la persona a preguntarse si en realidad no habrá uno tenido siempre una imagen ciega de las cosas.

Además del valor crítico cuestionador de las experiencias negativas, otra de las razones que llevan a cuestionar si existe en realidad un error de generalización en la utilización de expresiones “yo soy” es la idea clásica (en el sentido histórico del término) de la culpa como estigma o como mancha. Aquí entroncaría con el concepto de vergüenza, al que nos referiremos más adelante.

Esta noción está en las raíces culturales más profundas de la cultura occidental. Las tragedias griegas están basadas en ella. Hombres y dioses cometen errores que son irreparables. Sísifo estará condenado a subir permanentemente una enorme piedra por la ladera de un monte o Edipo a vagar ciego el resto de sus días, sin que haya perdón posible para ninguno de los dos. El estigma irreparable de la culpa está en la raíz de toda tragedia

y la tragedia y el honor han sido uno de los pilares constituyentes de la cultura euroamericana y muchas otras culturas del mundo.

Esta es, junto a otras de las que se han ido esbozando, una de las razones por las que la reducción a la lógica puede llevar a una comprensión del error de juicio, pero no por eso necesariamente a una disminución de la culpa.

Una de las posibilidades, frente a expresiones descalificatorias del tipo “yo soy” es trabajar terapéuticamente las metáforas asociadas a la idea de *honor* y de *mancha* en cualquiera de sus múltiples variantes posibles.

Metáforas a explorar asociadas a la idea de estigma o mancha				
Dignidad	Mancha	Suciedad	Honestidad	Marca
Cabalidad	Cicatriz	Decencia	Estigma	
Honor	Borrón	Pecado		

2. Trabajar la clarividencia retrospectiva

La Clarividencia Retrospectiva consiste en el error derivado de decidir que se es culpable en base a la información adquirida durante o después del hecho o al ver con el tiempo las consecuencias. No se basa en “si yo hubiera sabido”, sino en “lo sabía y no quise verlo”.

Juana lleva dos años en terapia. Desde que murió su marido de un infarto su vida se ha reducido a un mínimo. No puede olvidar un detalle: su marido antes de acostarse solía tomar, ya en la cama, un vaso grande de café con leche. Ese día dijo que no le apetecía. A ella le extrañó, pero no dijo nada. Por la mañana, cuando despertó, su marido estaba muerto a su lado. Ahora piensa que debería haber estado más atenta, que debería haber llamado al médico. Ha recordado de pronto que su marido estaba más sudado que de costumbre. Además, ella se había tomado su pastilla para dormir.

No puede dejar de pensar que su marido se murió porque ella se tomó la pastilla para dormir y por no insistir en por qué no quería su vaso de café con leche.

El razonamiento de Juana es

A [se rompe la regla del café con leche] + B [sudoración] + C [no estuve atenta ni me preocupé] + D [me tomé la pastilla para dormir] + E [no me desperté] : X [murió sin que le ayudara]

Lo que en realidad ocurrió fue:

a [no se tomó el café con leche, lo que no era raro que ocurriera si había cenado mucho] + b [hacia mucho calor porque era verano] + c [yo me tomé la pastilla de siempre, pese a la que con frecuencia muchas veces no me dormía] = todo es normal como siempre, ¡¡ a ver si logro dormirme ¡!

Saber el resultado final hace que el pasado se reevalúe y que la persona *crea que sabía cosas que en realidad no podía saber*.

El trabajo consistirá en ir desgranando con el paciente todas las circunstancias y elementos de los hechos ocurridos que *realmente sabía en ese momento*:

a) *Analizar las circunstancias*: Qué cosas sabía *realmente* antes y de cuales se fue enterando después, y desde ahí trabajar cómo, con el tiempo, se van mezclando

b) *Analizar el efecto de saber el resultado final*: Cómo veía las cosas en su momento y de qué modo el saber qué fue lo que pasó después cambió esa percepción.

El objetivo, por tanto, es intentar reproducir con el paciente lo más aproximadamente posible la situación que había *antes de tomar la decisión*.

c) *Rebatir la base real de las premoniciones* (“debería haber sabido”, “lo intuí”, “creo que en el fondo lo sabía...”). ¿Cuántas veces se han tenido premoniciones de cosas que no han sucedido?

Una metáfora útil en terapia puede ser la de la bola de cristal. “Usted es una persona normal, como cualquier persona, que actúa según lo que le parece mejor en cada momento. Ahora se está juzgando como si en realidad usted tuviera una especie de bola de cristal que puede ver más allá de las cosas y adivinar el futuro. Vamos a hacer ese ejercicio: Vamos a dedicarnos, los próximos días, a adivinar el futuro...”. Plantear, a continuación, por ejemplo, y con la ayuda de algún familiar o algún amigo, diversas situaciones y pedirle que “adivine” que es lo que va a pasar, argumentando en cada caso en qué basa su afirmación. Con posterioridad trabajar con el paciente qué fue lo que ocurrió en realidad y de qué modo saber lo que pasó influye en ocasiones decisivamente en el modo cómo recordamos las cosas.

d) Ver la importancia de las circunstancias (tiempo – personas) en la toma de decisiones.

Las decisiones casi siempre se toman bajo presión de tiempo o de circunstancias. Con posterioridad la persona se juzga a si misma como si hubiera podido decidir en circunstancias óptimas, con papel y bolígrafo, con una lista de argumentos a favor y una lista de argumentos en contra, confeccionada con tranquilidad. Es importante reconstruir la realidad del contexto de los hechos.

3. Trabajar con el pensamiento mágico y la omnipotencia

Consiste en atribuirse la responsabilidad de algo en lo en realidad influyen múltiples factores. El paradigma de culpa omnipotente es la del niño que piensa que todo lo que pasa a su alrededor (p.e. la separación de sus padres) se debe a su comportamiento.

En la culpa omnipotente la persona coloca todo lo que ocurre a su alrededor en referencia a sí. Las preguntas para explorarlo serán, por tanto, del tipo : *¿Lo que ocurrió dependía exclusivamente de usted?*

- **Elaborar el mapa de responsabilidades**

La terapéutica consistirá en trabajar conjuntamente una lista de todos los factores que pudieran haber influido en los hechos, para repasar posteriormente uno por uno, su nivel de importancia relativa, y por último ver de quien depende este factor.

P : En realidad si hubiera gastado el dinero en poner neumáticos nuevos no habríamos tenido el accidente.

T : ¿En qué gastó el dinero?

P : En tonterías. Compré un video juego que quería mi hijo por su cumpleaños.

T : ¿Cuántos años tiene su hijo?

P : Siete

T : ¿Qué habría pasado si el día del cumpleaños de su hijo usted no hubiese tenido ningún regalo?

P : Bueno, me habría sentido horrible. No hay nada que me ponga más triste que acordarme que nosotros, por Reyes, nunca teníamos regalos. No quisiera, por nada del mundo, que mi hijo viviera situaciones como las que me tocaron a mí de pequeña.

T : Es decir, en aquel momento tenía que elegir entre sentirse mal con su marido por no hacerle caso con los neumáticos, o con su hijo por no comprarle un regalo de cumpleaños. Parece una elección muy difícil.

P : Si...

*T : No tener regalo de cumpleaños era algo que **seguro** iba a ocurrir, que le reventara un neumático era algo que **quizás** podría haber ocurrido*

P : Claro

T : ¿Qué era más fácil, que su marido superara el enfado de que no se hubieran comprado los neumáticos que pedía, o que su hijo entendiera que no tenía regalo de cumpleaños porque no les llegaba el dinero en casa?

P : Mi marido debería entender...

T : En todo caso, lo importante es que hiciera lo que hiciera, se iba a sentir mal con alguien, que estaba haciendo daño a alguien... Y en aquel momento, entre el daño a su hijo y el enfado de su marido, asumiendo que todas las soluciones eran malas : ¿cuál era, quizás, la solución menos mala?.

P : Bueno, yo no sabía lo que pasó después...

En un primer análisis paciente y terapeuta pueden identificar múltiples factores :

- Hacía mal tiempo
- La carretera está deteriorada
- Mi familia nos pedía que fuéramos a verles
- Le pedí dinero a los padres de él y no quisieron prestármelo
- Los dos decidimos comprar un coche de segunda mano. Yo, de hecho, prefería uno nuevo.
- A los dos se nos olvidó pasar la ITV
- Él no llevaba puesto el cinturón de seguridad
- Los neumáticos estaban en mal estado
- No llevábamos teléfono móvil y tardó un rato en parar alguien
- La ambulancia tardó más de una hora
- Le llevaron al centro de salud y no directamente al hospital
- Los médicos dijeron al principio que no era nada, sólo un golpe en las cervicales

Lo que genera el siguiente orden de prioridades *subjetivo* por parte de la paciente:

Muy importante

- Le pedí dinero a los padres de él y no quisieron prestármelo
- Los dos decidimos comprar un coche de segunda mano. Yo, de hecho, prefería uno nuevo.
- Él no llevaba puesto el cinturón de seguridad
- No llevábamos teléfono móvil y tardó un rato en parar alguien
- La ambulancia tardó más de una hora
- Le llevaron al centro de salud y no directamente al hospital

Poco Importante

- Hacía mal tiempo
- La carretera está deteriorada
- A los dos se nos olvidó pasar la ITV
- Mi familia nos pedía que fuéramos a verles
- Los neumáticos estaban en mal estado

Y el siguiente mapa de responsabilidades :

- Hacía mal tiempo – *Azar*
- La carretera está deteriorada - *Autoridades*
- Mi familia nos pedía que fuéramos a verles – No me habrían prestado - *Familia*
- Los dos decidimos comprar un coche de segunda mano - *Ambos*.
- Pasar la inspección técnica - *Ambos*
- Él no llevaba puesto el cinturón de seguridad - *Él*
- Los neumáticos estaban en mal estado - *Yo*
- La ambulancia tardó más de una hora - *Autoridades*
- Le llevaron al centro de salud – No parecía tener nada – *Médicos*

Mirado ahora en conjunto y combinando los dos ejercicios, pueden reevaluarse los hechos. En realidad ni uno solo de los factores realmente importantes dependían de ella. La culpa se genera de una idea falsa de omnipotencia.

▪ **Realizar un análisis de roles**

El error fundamental es pensar que porque se posee un determinado rol, se debe tener capacidad omnipotente para proteger y cuidar al otro. Tener un determinado rol (esposa, padre, hermano, superior jerárquico....) confiere más responsabilidad, pero no confiere poderes especiales. El ejercicio con el paciente puede consistir en analizar

cómo cambiarían las cosas si no hubiera ese rol de por medio y lo que éste significa dentro de la culpa.

- **Combatir las fantasías como alimentadoras de la culpa**

Un modo de aliviar las vivencias de culpa es imaginar otros finales posibles para los hechos y comparar lo ocurrido con éstos finales alternativos, que son, por lo general, fantasiosos o imposibles.

De esta comparación surge un cierto alivio inmediato, pero al mismo tiempo se produce una potenciación de la culpa, por no haber sido capaz, en el instante preciso de los hechos, de haber llevado a la práctica alguna de estas soluciones *mágicas*

Para trabajar desde ésta óptica, cabría:

1.- Explorar las fantasías compensadoras respecto a los hechos

¿Cómo se imagina usted que podrían haber sido las cosas si usted hubiera actuado de manera diferente?

2.- Estudiar conjuntamente la factibilidad de las mismas o su carácter de pensamiento omnipotente

T - Lucía, ¿Qué podría haber hecho en aquel momento?

P - Gritarle para que se pusiera el cinturón de seguridad.

T - ¿Cuánto tiempo tarda usted en ponerse el cinturón de seguridad?.

P - No sé, no sabría decir...

T - ¿Menos de lo que tardó el coche en empezar a dar vueltas de campana...?

P - Seguro... ¿Es absurdo pensar eso, verdad ?

T - Pero durante un rato nos hace sentir bien

P - Puedo pasar horas pensando en eso : que le grito que se ponga el cinturón, y en algunas pierde un brazo o se golpea y se aplasta una oreja, pero al final siempre se salva y me da las gracias...

T - Quizás esa es la parte que haya que rescatar de esa secuencia que se le repite : cuando él la mira con cara de agradecimiento...

- **Trabajar con soluciones alternativas**

La norma general sería que las rumiaciones respecto a finales alternativos no son una buena ayuda a largo término. Puede tener sentido intentar reconstruir hechos que se van difuminando en la memoria, pero no fantasear soluciones alternativas.

Este tipo de situaciones son una trampa por cuanto en las situaciones alternativas la persona solo verá aspectos positivos y ventajas y no suele ver que éstas soluciones podrían haber sido tan desastrosas o más.

Para abrir un trabajo en esta área puede empezarse por “*¿Qué otras cosas podrían haber ocurrido?*”. Y tras dibujar el mapa de posibilidades, ver que no es posible saber nunca a ciencia cierta cuáles van a ser las consecuencias de nuestros actos (Teoría del Caos).

Analizar pormenorizadamente las alternativas que había y ver las ventajas e inconvenientes, y posibles consecuencias que pudieran haber ocurrido en cada uno de los casos

El mensaje que perseguimos sería que desear que el final hubiera sido otro no quiere decir que otras soluciones fueran ni viables ni mejores.

4. Decisiones imposibles o de Pérdida Segura: el dilema del prisionero

Como se vió en el marco teórico, una de las situaciones generadoras de culpa mejor estudiadas por la psicología social es la del denominado *dilema del prisionero*. En la situación típica, sobre la que se han hecho múltiples variantes, la persona debe elegir entre delatar a un compañero – con lo cual el otro será condenado – o callar – con lo cual él es el condenado-, sabiendo que en la celda de al lado está el compañero al que se le está planteando la misma disyuntiva.

La persona se encuentra en una situación en la que *decida lo que decida*, la opción es mala. Tanto si habla como si calla, al final va a ser probablemente condenado.

La vida real tiene muchas situaciones en que se plantean situaciones similares. No ser consciente de ello significa enfrentarse a culpas por situaciones que, de todos modos, iban a tener un desenlace negativo. Dos situaciones traumáticas se asocian especialmente al paradigma de Decisión Imposible: el abuso sexual y la violencia dentro de la pareja.

Abuso sexual - Violación			
Opción 1 : Resistencia activa - Enfrentar		Opción 2 : Resistencia pasiva – Negociación	
Ventajas	Inconvenientes	Ventajas	Inconvenientes
<ul style="list-style-type: none"> √ <i>Dignidad</i> √ <i>Quizás huya</i> 	<ul style="list-style-type: none"> √ <i>Provocación del abusador</i> √ <i>Mayor violencia</i> √ <i>Riesgo de muerte</i> 	<ul style="list-style-type: none"> √ <i>Algunos violadores abandonan</i> √ <i>Que acabe cuanto antes. No dejar que me afecte</i> 	<ul style="list-style-type: none"> √ <i>Remordimientos. Humillación</i> √ <i>¿En el fondo lo busqué? ¿Tenía curiosidad o algo así?</i>
Violencia en la Pareja			
Ventajas de No denunciar	Inconvenientes	Ventajas de denunciar	Inconvenientes

✓ Quizás le pueda cambiar y seamos una familia como todas ✓ Evito el escándalo ✓ En el fondo yo soy la que le provocho. No sé callarme.	✓ Humillaciones. Golpes ✓ ¿Qué ejemplo estoy dando a mis hijos?	✓ Intentar salir de esta pesadilla ✓ Dignidad. Nadie aguantaría estas humillaciones...	✓ Mis hijos se quedarán sin un padre. Tengo que aguantar hasta que sean mayores ✓ Me va a matar cuando se entere ✓ Mis padres se llevarán un disgusto de muerte ✓ No me van a creer
---	--	---	--

Obsérvese que hágase lo que se haga, la solución es imposible. Mantenerse dentro de una pareja con violencia genera culpa (“¿qué imagen doy a mis hijos? ¿por qué aguanto todo esto?”), pero salir también genera culpa (“en el fondo no es mal hombre, yo le provocho; No tengo derecho a quitarles su padre a mis hijos....”).

El trabajo terapéutico será precisamente ese: poner al descubierto la trampa. Para ello se le pide a la persona que redacte en casa, de manera meditada, una *Hoja de Balance Decisional*, en la que se coloque en diferentes columnas, cada una de las posibles soluciones que había ante la situación que se le presentó. A continuación, en dos filas, cuales serían las ventajas e inconvenientes de cada una de estas soluciones.

En algunos contextos la Hoja de Balance Decisional puede sofisticarse con múltiples variantes. Por ejemplo: Ventajas e Inconvenientes a corto, medio y largo término. O Ventajas e Inconvenientes de “Hacer” y de “No Hacer” una determinada solución.

Con esta tabla delante puede empezar a trabajarse en base a aceptar que se está ante un dilema imposible, que cualquier situación generará alguna forma de culpa, y que buscamos aquella que sea menos mala o dolorosa, si es que existe alguna. En este contexto no hay solución buena, sino que la solución menos mala es probablemente la mejor.

5. Culpa autoacusatoria.

La situación de resolución imposible suele asociarse a formas de *culpa autoacusatoria* (self-blame). En este tipo de situación la persona se culpa a sí misma por cosas que *otros* le hacen (por ejemplo, considerarse culpable de *haber sido violada*).

Las raíces de la culpa autoacusatoria son complejas y generalmente son poco reducibles al razonamiento simple.

Trabajar con la culpa autoacusatoria	
<u>Elementos comunes</u>	
1.	Analizar las emociones asociadas al hecho traumático.
2.	Analizar la interpretación que se hace de esas emociones y buscar la narrativa que le da lógica
	p.e. Indiferencia : Puede interpretarse como signo de perversión personal. ¿Qué otros ejemplos tiene en su vida de perversión?
	Rabia : Tener rabia hacia el agresor da miedo; es más facil (menos peligroso) dirigir la rabia contra uno mismo. ¿Tiene la persona tendencia ante los problemas a evitarlos, asumiendo responsabilidades inadecuadas con tal de no enfrentar a otros? ¿Qué ejemplos puede poner?
	¿Tiene algún significado para la persona considerar como hipótesis la culpa como miedo?

Ejercicio 5. Planificación del trabajo con errores lógicos

En el anexo 2 se recoge un ejemplo de protocolo terapéutico. Tras leerlo detenidamente intente completar la hoja de balance y planificación, especificando en la misma el tipo de errores lógicos que habría que trabajar con la paciente y el modo en que usted cree que lo haría.

8. En la frontera entre vergüenza y culpa

Pedro es un dirigente de una organización sindical. Está pasando por un mal momento personal. Hace varios días, en una reunión del comité sectorial, un viejo amigo le dijo en público que era muy difícil hablar con él porque "nada de lo que hacen los demás nunca te parece bien".

Este comentario le provoca una reacción personal de gran ansiedad. Tras la reunión busca coincidir con su amigo. Le parece que éste está más serio de lo habitual. Por la noche no puede dormir y se revuelve inquieto. Concilia el sueño tarde y se despierta dos horas antes de lo habitual, dando vueltas a la frase de su amigo.

Finalmente, tras dos días de sentirse angustiado y culpable, y pensando que necesita distanciarse de las cosas porque está perdiendo los papeles, decide que va a presentar la dimisión de su cargo en el comité. En la siguiente reunión no ha lugar a plantear el tema, pese a que se había imaginado varias veces lo que iba a decir porque ha surgido un problema con la distribución de turnos que polariza la reunión. No siente, cuando interviene en ese tema, un especial rechazo de nadie y poco a poco se va sintiendo mejor...

La reacción de Pedro podría explicarse en términos de “vergüenza”, entendida como descalificación global de sí mismo y deseo de esconderse a los ojos del mundo. Durante años ha peleado por imprimir un carácter participativo a la actividad del comité y es especialmente hipersensible a cualquier sugerencia de dogmatismo o intolerancia porque, y éste es el tema clave, en el fondo sabe que ese es efectivamente un problema que debe controlar. El hecho de que haya peleado por hacer el comité más participativo tiene que ver con que *racionalmente* rechaza los dogmatismos y desde luego no los soporta bien en otros, pero reconoce que, algunas veces, en discusiones ha tenido posturas graves de minusvaloración de la opinión de otros compañeros de las que no siempre es consciente y que, por mucho que se esfuerce, le cuesta controlar.

Este problema es uno de los que *definen su autoimagen*.

Recuerda perfectamente cuando, teniendo doce años, tuvo una discusión en clase de lengua porque defendía que Hölderlin era el mejor escritor del siglo XX, adelantado a su época. Una opinión que procedía de un comentario encendido que había escuchado de refilón a un tío paterno. El profesor, indignado, le había gritado: "Pero bueno, ¿me tendrá que enseñar un mocoso de 12 años literatura?. ¿De qué va este idiota? ¿Pero tú que te has creído?", y le envió al despacho del director entre las burlas y el rechazo de sus compañeros de clase. Este episodio, en el que sintió una profunda humillación, se le quedó grabado y se propuso en

aquella ocasión no ser "nunca mas" – en expresión suya- un "fantasma" y se infligía pequeños castigos cuando le parecía que estaba expresándose así. Cuando de verdad leyó a Hölderlin años después y no logró entender ni las primeras páginas, deseó que la tierra le tragara. En ese momento se odiaba sinceramente a si mismo...

Todo este complejo entramado de historias personales, de elementos nodulares que constituyen los pilares en base a los que una persona se define a si misma, y el gusto y el rechazo que siente por ellos, ayudan a dar sentido a una reacción intensa de culpa que lleva incluso a plantear huir de ese contexto donde la persona supone que "le han descubierto" y ha sido visto "como es en realidad".

Argumentar que Pedro está cometiendo un error de generalización, dudosamente tendría resultado sin entrar en esa perspectiva más global que tiene que ver con la narrativa que la persona ha construido, a lo largo de los años sobre si, y lo que el hecho culpógeno, aparentemente banal, significa dentro de esa narrativa.

Trabajar con la metáfora de "mancha" en terapia: la proporcionalidad de la culpa

La idea de "mancha" como metáfora de culpa muestra dos caminos de trabajo: la aceptación de la mancha como parte de uno mismo y la idea de proporcionalidad.

La aceptación de sí "con la mancha"

Con una persona con problemas emocionales y actitudes de huida derivadas de tener secuelas estéticas de un accidente, una vía posible de trabajo sería intentar la aceptación progresiva de sí : incorporar la nueva imagen como una realidad, asumirla como parte de uno e integrarla y defenderla a los ojos de los otros ("yo soy así") intentando exponerse progresivamente a las situaciones temidas como consecuencia de la "marca".

Este mismo esquema puede intentar aplicarse, metafóricamente, a la culpa entendida como mancha, si ésta intervención ha venido precedida por un aprendizaje de la culpa y ésta es vista como un espacio de lucidez sobre la imagen que uno proyecta a los demás a la que es necesario atender.

Con Pedro pudo trabajarse que no era cierto que "siempre" fuese autoritario y dogmático, sino que "a veces" defendía con demasiada convicción sus ideas y podía resultar insultante para personas con estilos menos agresivos.

Esto no pareció aminorar sus sentimientos de vergüenza y autodesprecio y sentía, en este sentido, especialmente la "mirada" de su amigo como acusatoria.

El trabajo que se propuso entonces fue reconstruir aquellas situaciones en que, precisamente por ese estilo vehemente de defender las cosas. Se habían logrado objetivos personales o sindicales que parecían a priori muy difíciles.

Al final Pedro concluyó: "Por mucho que me controle, tengo que aceptar que tarde o temprano acabo teniendo algún tipo de conflicto con la gente y sintiendo la distancia o el rechazo. Tengo que luchar por cambiar esto, pero sin desesperarme, aceptando que no puedo controlarlo todo todo el tiempo".

El hecho ocurrido había tenido unas consecuencias personales desmesuradas porque había incidido en un tema abierto, había puesto el dedo en la llaga de uno de los nodos de la identidad de Pedro. La idea de fondo del trabajo terapéutico era no permitirse huir del recordatorio de la “mancha” dejando el sindicato, sino escucharla y asumirla como parte de él, para poder permitir una vida mejor "a pesar de" esa manera de ser, que a estas alturas de su vida, no iba a desaparecer probablemente nunca del todo.

Es en este sentido en el que el trabajo con las vivencias de culpa es similar al trabajo de duelo o con vivencias de trauma: el objetivo no es ni olvidar ni ignorar, sino integrar. Seguir adelante ("con", en el mejor de los casos, "a pesar de", en el peor).

La mancha como metáfora: trabajar la aceptación de sí “pese” a la culpa

1. Abrir un espacio para "escuchar" la culpa. ¿Por qué el hecho despierta una respuesta de culpa desproporcionada? ¿Por qué parece cuestionar la integridad de la persona? (error de generalización). Entendida la culpa como "señal de alarma" moral ¿qué nos está diciendo sobre nosotros mismos o nuestro modo de funcionar?.

2. Aprender de ella. ¿Qué inferencias pueden hacerse respecto a...? ¿Cómo es posible transformar la culpa en cambio?

3. Aceptar la mancha como parte de uno. La culpa servirá como recordatorio periódico de la situación a evitar. Exceptuando cuando actúa como algo bloqueante por la sensación de suciedad, de indignidad. Entonces no está siendo útil y hay que enfrentarla.

4. Aceptarse a sí mismo. Conocer la realidad no significa poder cambiarla siempre, aunque permite hacerlo un número razonable de veces. Será necesario convivir con aquellos aspectos de uno que más rechazo provocan en uno mismo, aunque en algunos momentos será inevitable tener sentimientos negativos que es mejor aceptar en lugar de enfrentarse activamente a ellos.

La idea de proporcionalidad

No es posible evaluar, desde parámetros que son esencialmente subjetivos, si es lógico o no que la persona se sienta culpable, o si está cometiendo un error por descalificarse globalmente ante situaciones que son circunstanciales. Pero ya apuntábamos anteriormente que sí es posible analizar con el paciente si el *castigo es proporcional a la culpa*.

El punto es no entrar a discutir la culpa, aceptada ya esta, sino si realmente la persona merece tanto castigo por ello.

Que el terapeuta pueda aceptar la posibilidad de que el paciente es efectivamente culpable, puede hacer al paciente sentirse comprendido, después de que amigos y conocidos ya le hayan dicho que su culpa es "absurda". Aquí la aceptación de la culpa, tranquiliza y permite trabajar la idea de proporcionalidad.

Dos casos merecen una atención especial: la vergüenza ontológica y la vergüenza por sobrevivir.

- **Vergüenza ontológica.**

Sobre ella y la psicoterapia de la misma se ha hablado ya con más extensión en el volumen sobre Trauma y Resistencia, en el apartado sobre la *Duda Ontológica*.

En resumen el núcleo de la vergüenza estriba en la experimentación del horror ante las conductas de las que se es víctima o testigo, inflingidas por seres humanos. El hecho de pertenecer a la misma especie es algo intolerable. Los hombres son despreciables, yo soy un hombre, por tanto yo soy despreciable.

Las vías de abordaje dependerán mucho de cada persona y del tipo de experiencia que ha llevado a esta situación. Quizás el enfoque inicial deba pasar por reconocer y validar el daño: *Lo que le ha ocurrido ¿le ha enseñado algo sobre la naturaleza humana? ¿Cómo cree que es la mayoría de la gente? ¿Cómo cree que funcionan las personas en general?*

La vergüenza ontológica es el enfrentamiento del ser humano en cuanto a individuo, con el Mal absoluto, en el sentido más filosófico y, si cabe, más teológico del término. Este es el terreno de discusión terapéutica: ¿qué es el Mal? Lógicamente, las vías de discusión son prácticamente tantas como personas y culturas.

El error de fondo en la vergüenza ontológica tiene que ver con la idea de la *banalidad del mal* tal y como la expresaba Hanna Arendt en su estudio sobre los genocidas nazis. En su libro *Eichmann en Jerusalén*, Arendt concluye que se trata de gente decepcionantemente vulgar y gris, especialmente una vez privados de la cuota de poder que les hizo sentirse omnipotentes. Con ser esto cierto, no lo es lo contrario. Es decir, que detrás de un perpetrador haya un personaje gris, no quiere decir que cualquier personaje gris pueda, dadas determinadas circunstancias, convertirse en perpetrador. Hasta en los modelos experimentales más radicales de obediencia de Milgram o Zimbardo, hay siempre personas que se resisten a la influencia del experimentador. Que el proceso de formación de un torturador pueda tomar años y una larga y cuidadosa selección indica que es falsa la ecuación “si los hombres malvados son grises, los hombres corrientes son (o pueden ser bajo determinadas circunstancias) malvados”

Pero esta vía de reflexión defendiendo que siempre hay cuotas de elección personal, puede ser fructífera en algunas personas, puede provocar un gran rechazo en otras. Es difícil encontrar caminos comunes.

Buscar ejemplos de dignidad es otra de las vías posibles, desarrollada más extensamente en la Parte 1.

- **Vergüenza por sobrevivir**

A partir de los textos de supervivientes trabajados al inicio del proceso formativo se realizó una definición de vergüenza en la que ésta estaba en relación con : 1. Sensación de angustia, 2. Surgida de la percepción de proyectar una imagen que está en disonancia con lo que la persona considera que constituye el núcleo identitario que desea de sí, 3. Asociada a la percepción real o proyectada, de humillación o de rechazo por parte de los demás.

La vergüenza, por tanto, requería de un ojo real, imaginario o simbólico, que actuaba de testigo de la indignidad, y estaba determinada por el patrón educativo y en relación a un determinado medio cultural.

Desde ésta óptica, tanto allí como en la tabla sobre las fuentes de confusión en el uso contemporáneo de la palabra "vergüenza" (*shame*), considerábamos que había que hablar no de culpa sino de *vergüenza ontológica* y de *vergüenza por sobrevivir* (cuando ésta se refería al hecho de estar vivo *per se*, no a la responsabilidad por los hechos que pudieran haberse cometido para ello).

En realidad, por tanto, conviene distinguir dos hechos distintos :

- a) Aquellos en los cuales hay una posibilidad real o fantaseada de responsabilidad por la muerte de otros que llamaríamos propiamente *culpa por sobrevivir*
- b) Aquellos en que ésta es inexistente, pero la vergüenza viene de la injusticia, del desequilibrio que supone que otro esté muerto y no yo, y que sería una *vergüenza por estar vivo*.

La vergüenza se constituye entonces, como el *horror ante la imagen de sí proyectada a otros*. En el núcleo no hay necesariamente un daño inflingido a los demás, sino que ésta se produce bien por (a) empatía con el sufrimiento de otros, bien por (b) conciencia de sí y de la percepción que los demás pudieran tener de uno^a.

El hecho de que la culpa, como veíamos en la introducción, puede sobrevenir por cualquier tipo de acto (real, de pensamiento o fantasía), hace que no sea fácil distinguir entre ambas. Primo Levi lo repite en sus textos, que analizábamos en el primer ejercicio, especialmente en *Los Hundidos* y *Los Salvados*: los mejores murieron, sobrevivir raramente puede atribuirse a la casualidad. Pero en el recuento de sus *culpas* hay poco a examinar. En realidad hay una vergüenza por estar vivo que rebusca en la memoria y el recuerdo los hechos que la puedan haber generado intentando con ello dar una lógica a un sentimiento tremendamente doloroso.

Vergüenza por sobrevivir	Culpa por sobrevivir
“¿Por qué estoy yo vivo y él no?”	“Quizás si yo hubiera...”
Factores de riesgo circunstanciales	Factores de riesgo circunstanciales
<input type="checkbox"/> Ser testigo de atrocidades, del horror y el absurdo <input type="checkbox"/> Aleatoriedad de la muerte <input type="checkbox"/> Proximidad afectiva a las personas fallecidas	<input type="checkbox"/> Acciones erróneas que condujeron a la muerte de otros <input type="checkbox"/> Acciones que son interpretadas a posteriori como denegación de ayuda a otros
<input type="checkbox"/> Salir indemne	
<input type="checkbox"/> Desempeñar un rol que supusiera una función de responsabilidad, ámparo o protección (padre, madre o hermano mayor del fallecido, superior jerárquico)	
Probables factores de riesgo personal	Probables factores de riesgo personal
<input type="checkbox"/> Estilo rumiador con tendencia a dar vueltas a las	<input type="checkbox"/> Estilo atribucional interno con tendencia a

^a La vergüenza por estar vivo constituye una manifestación tan frecuente en los supervivientes de situaciones traumáticas que fue considerada entre los criterios diagnósticos de Trastorno de Estrés Posttraumático en el DSM-III. Se hablaba entonces – cuando la práctica totalidad de estudios habían sido realizados con ex soldados norteamericanos de la invasión de Viet Nam- de hasta un 25% de prevalencia de vergüenza por sobrevivir.

cosas y buscar una lógica a los hechos	asumir la presunción de control y la responsabilidad por las cosas que ocurren alrededor
--	--

Mientras que el tratamiento de la culpa por sobrevivir seguirá el esquema general de la culpa, el de la vergüenza requiere probablemente de un trabajo específico. La tabla siguiente propone un esquema posible y algunas herramientas de trabajo.

Trabajo terapéutico en la vergüenza por estar vivo

- 1. Entender, desde una óptica simbólica, la relación entre culpa y duelo, sentando unas bases pactadas y realistas.** Trabajar terapéuticamente la vergüenza por estar vivo puede no sólo ser imposible, sino estar contraindicado. La vergüenza por estar vivo puede constituir una forma simbólica de recuerdo de las personas fallecidas, una forma de duelo. Plantear a la persona que debe trabajar para superarlo puede interpretarse, en algunos casos, como una agresión. El dolor es, desde ésta óptica, un homenaje y un signo de afecto al que no es posible renunciar. Esto ha sido, por ejemplo, lo que han expresado muchos familiares de personas detenidas-desaparecidas, que décadas después de la desaparición, siguen reactivando el dolor en cada aniversario. *Trabajar la vergüenza por estar vivo debe ser una necesidad de la persona y debe entenderse en el contexto de un proceso más amplio de duelo por las personas queridas fallecidas.* Por ello, puede no estar indicado intentar mitigarlo.
- 2. Establecer una cronología minuciosa de los hechos** que permita distinguir la culpa de la vergüenza por sobrevivir. No es lo mismo trabajar la idea de que por mis actos alguien está muerto, que trabajar la rabia contra el mundo, contra el hombre y contra Dios, por la injusticia de la aleatoriedad del horror y la muerte. Es necesario delimitar nítidamente el terreno hasta donde sea posible.
- 3. Reenfocar como una emoción vinculante.** La vergüenza por estar vivo es una señal del cuerpo que indica afecto profundo y radical hacia los que murieron, vínculo, deseo de estar cerca de ellos, de que no hubieran muerto. Puede verse como manifestación de afecto.
- 4. Buscar el error lógico.** Se puede intentar trabajar el error lógico : “No se es superviviente por los valores que uno tiene, ni por su valía personal, sino por, en reglas generales y fundamentalmente, el azar. No se sobrevive a una situación crítica por los méritos o la valía. De hecho, es típica entre los jugadores la suerte del novato”.
- 5. Analizar conjuntamente los condicionantes de la vergüenza :**
 - Patrón educativo en la infancia
 - Experiencias biográficas de abandono
 - Hechos anteriores generadores de culpa no elaborada
 - Descripción subjetiva de hechos y narrativa de sí que se infiera de la misma que entronque con narrativas similares del pasado
- 6. Maniobras gestálticas.** En último término cabrán diferentes tipos de razonamientos con inversión de roles :
 - Si fueras tú la persona fallecida, ¿querrías que los otros estuvieran con angustia el resto de su vida por el hecho de que tu no hayas sobrevivido?. ¿Vamos a trabajar juntos (carta, role-playing...) que les dirías si TU estuvieras muerto?*
 - Si estuviera aquí ¿qué nos diría ella? ¿Qué crees que te diría después de tanto tiempo con este sufrimiento?. ¿Cómo querría (tu madre, tu hijo....) que fuera tu vida?.*

Quizás con el uso como apoyo de fotografías, dibujos, cartas u otros elementos simbólicos de comunicación sea posible trabajar el recurso a la voz *precisamente* de las personas fallecidas como alivio en los momentos de mayor angustia (metafóricamente, que el fiscal pase a ser precisamente el abogado)

8. La culpa como idea obsesiva pura

En ocasiones la culpa, desprovista de cualquier tipo de significado racional y rastreado sin éxito sus antecedentes en normas infantiles o figuras relevantes, trabajados sus componentes lógicos y su posible significado simbólico o su lógica funcional, queda como una idea torturante. Encaja con la definición de lo obsesivo como aquella idea que aparece de manera egodistónica e intrusiva en la conciencia, de manera reiterada, con carácter absurdo y en la que los intentos por suprimirla parecen aumentar su presencia. En estos casos pueden utilizarse las técnicas de carácter sintomático que se usan en el Trastorno Obsesivo, por lo general basadas en formas de exposición y que se expusieron en el primer volumen (Trauma y Resistencia) al referirnos al tratamiento sintomático de síntomas intrusivos que se desarrollan en el tercer volumen de manera monográfica.

Caja de herramientas para el tratamiento sintomático de la culpa como idea obsesiva pura

- **Exposición a la idea culpógena por evocación repetida.**

1. **Exposición simple.** Escribir en algunos párrafos qué fue lo que ocurrió y los dos o tres aspectos que generan más culpa en relación con ello. A continuación puede optarse por diferentes formas de exposición : (a) leerlo en voz alta dos o tres veces al día (b) leerlo en voz alta, de manera lenta, delante de un espejo (c) grabarlo en un cassette y escuchar la grabación dos veces al día durante varias semanas (puede realizarse la grabación de manera estructurada en la consulta). El objetivo es disminuir la resonancia afectiva de los hechos hasta hacerlos tolerables por habituación.
2. **Exposición con reformulación cognitiva.** A la narración de hechos y las culpas asociadas se añade a continuación (a) formas alternativas de verlo analizadas conjuntamente con el terapeuta en la consulta (b) fortalezas exhibidas durante el hecho generador de culpa. El proceso pretende añadir un componente de generación de autoinstrucciones positivas frente a la culpa.

- **Estrategias de contención.** No intentar *suprimir* la idea obsesiva de culpa. Cuanto más se intenta *no pensar* en algo, más se suele, paradójicamente, pensar en ello. Es más útil, en consecuencia, recomendar:

- (4) **Dejar pasar la idea.** (Metáfora del tren que pasa). Se desarrolla la idea de aprender a “coexistir” con estas imágenes o pensamientos invasivos, dado que olvidar o suprimir no resulta efectivo. Aceptarlas y NO LUCHAR.
- (5) **Aplazar.** Las ideas o vivencias de culpa son remitidas a un espacio especial a lo largo del día dedicado especialmente a pensar en ellas. El resto del tiempo en lugar de luchar contra la idea culpógena, se *aplaza* el pensamiento hasta ese momento. Luego, la persona decidirá si llegada la hora, dedica tiempo o no a reflexionar sobre la idea.
- (6) **Detener.** Las técnicas de parada de pensamiento suelen ser poco eficaces, pero las ideas intrusivas de culpa están relacionadas con frecuencia con imágenes muy breves, a veces unos pocos fotogramas, y si es posible apartarlas de la conciencia.

Caja de herramientas para el tratamiento sintomático de la culpa como idea obsesiva pura (sigue)

- o **Manipulación de la imagen mental persecutoria.** Dedicar momentos prefijados de tiempo a la visualización sistemática de la secuencia culpógena. Al cabo de unos días ir reduciendo progresivamente el tamaño de la pantalla, alejándola también emocionalmente.
- o **Diario de la culpa:** Identificar aquellas cosas que disparan la vivencia de culpa o el recuerdo de los hechos y hacer una monitorización: ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Por qué?, ¿Con quién?. Cabe desarrollar a partir de ello un **plan de prevención de momentos críticos.**
- o **Balancear pensamientos e imágenes evocantes.** 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 culpa respecto a un familiar colocar junto a la mirada acusatoria de la persona fallecida, una imagen mental en la que ambos eran felices o había muestras de afecto y unión.
- o **Técnicas de mitigación.**
 - Dejar mucho tiempo libre favorece que la mente quede en blanco y que se llene con recuerdos traumáticos. Es bueno planificar actividades especialmente en momentos de mayor tensión.
 - Utilizar el pensamiento normal como bloqueador del intrusivo. Entrenar a la persona en intentar sistemáticamente 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.
 - Previo pacto, pedir a la familia que corten los periodos en que vean a la persona ausente o sumida en rumiaciones que pudieran ser de culpa.

Este tipo de técnicas pueden usarse también para romper situaciones de impasse terapéutico.

9. Culpa y praxis

Hay una relación directa entre culpa y praxis y no parece, en muchos casos, que pueda haber un proceso de cierre de la culpa sin analizar esta relación. Esto tiene que ver con la posible existencia de cuatro tipos de elementos: (a) conductas de auto castigo versus conductas de autocuidado (b) maniobras de expiación (c) búsqueda de formas de perdón (d) acciones compensatorias.

Formas de relación entre culpa y el acto

1. **Conductas de autopunición.** Conductas en las que la persona se castiga o busca ser castigada por aquello que hizo. p.e. cortes / automutilaciones, conductas de riesgo etc
2. **Maniobras de expiación.** Conductas exageradas de búsqueda de sacrificio y sufrimiento como formas de sublimación de las vivencias de culpa p.e. dedicación exagerada a acciones altruistas
3. **Búsqueda de perdón.** Realizar conductas que van contra lo que haría naturalmente la persona, buscando complacer a otros, p.e. estudiar pese a no tener aptitudes o no desearlo; no separarse, pese a desearlo, por el daño hecho...
4. **Acciones compensatorias.** Intentar compensar o contrarrestar el daño que uno cree haber hecho. p.e. formar parte de una asociación que apoya a personas afectadas por una enfermedad relacionada con el hecho generador de culpa.

La relación entre culpa y praxis no debe ser vista como un síntoma, sino como una forma de expresión y canalización de sentimientos. La culpa es una forma de regulación social, y como tal es de esperar *precisamente* que genere conductas en relación a ella. Los actos altruistas tienen exactamente el mismo valor si proceden de la culpa como si proceden de cualquier otra fuente (por ejemplo, el narcisismo) y sería injusto verlos como expresión sintomática de un conflicto y descalificarlos como tales.

Será necesario analizar su papel cuando sean dañinos para la persona (p.e. autoagresiones) o cuando se conviertan en desproporcionados a los hechos constituyendo elementos que bloquean la evolución de la persona (p.e. *prohibirse* volver a tener nunca pareja estable). El trabajo de un terapeuta es ayudar a las personas a ser más libres.

Parte del trabajo en terapia será precisamente, generar el paso a la praxis, pero buscándolo de una manera saludable, es decir, generar conductas de autocuidado, analizar la posibilidad de formas de búsqueda del perdón simbólico o de formas de compensación por el daño supuestamente infligido que no signifiquen un menoscabo a la libertad de la persona.

Las formas del castigo y la expiación.

La culpa, como emoción displacentera surgida de la conciencia del acto, encuentra con frecuencia su vía de expresión a través de conductas de autocastigo.

Hacer aflorar la conexión (no siempre evidente) entre estas conductas y la vivencia de culpa, será un componente básico del tratamiento.

Conductas de riesgo / autodestructivas asociadas a la culpa.

Comida compulsiva – vómitos

- Consumo abusivo de alcohol. Conductas de riesgo asociadas al mismo
- Abuso de psicofármacos o uso abusivo sintomático
- No realizar controles médicos de enfermedades o negligir medidas de autocuidado respecto a éstas.
- Buscar situaciones físicas de riesgo (conducción temeraria, conductas provocadoras en zonas poco seguras...)
- Gestos suicidas
- Autoagresiones o automutilaciones (p.e. cortes en abdomen, arañazos en cara, lesiones por puñetazos o patadas a objetos...)
- Promiscuidad sexual de alto riesgo
- Fomentar o mantener relaciones o amistades autodestructivas o relaciones de maltrato o explotación
- Aislamiento social y rechazo de apoyo social o contactos

Una vez que se adquiere, progresivamente, conciencia de la posible conexión entre conductas, necesidad de castigo y culpa, es necesario profundizar en la utilidad de la conducta (de modo similar a como se razona respecto a las compulsiones en un trastorno obsesivo) :

- *¿Qué siente usted al hacer este tipo de conductas? (tranquilidad, rabia, odio, indiferencia...).*
- *¿Cómo se sentía usted antes? (desesperado, agobiado, angustiado, triste...)*

Suponiendo que este tipo de situaciones que usted realiza fueran útiles para cambiar como se siente, ¿Consigue usted este objetivo de manera permanente?. ¿Cuánto dura esa calma?

El objetivo final es lograr que el paciente se de cuenta de que este tipo de conductas le suponen un alivio temporal de su angustia, pero que al cabo de un lapso de tiempo reaparecen incluso con más fuerza, y que cualquier elemento puede dispararlas. Se abre entonces el camino a buscar alternativas.

Suicidio y culpa

Cuando las conductas son reiteradas y violentas, será necesario explorar directamente la ideación suicida activa (*quiero matarme*) o pasiva (*ojala me muriera, sería un alivio...*) que probablemente subyacen, actuando en consecuencia.

Entre las razones para ello puede estar:

- Fondo depresivo grave

- Idea de culpa que tenga carácter delirante (en el contexto del propio cuadro depresivo u otro).

X. fue traído a la consulta por sus familiares tras intentar estrellarse con el automóvil. Desde hacía dos semanas estaba encerrado en su casa, sin apenas comer. Refería que tenía la casa embargada por un error contable, que por su culpa su pareja y sus hijos estaban pasando físicamente hambre. Además, el vehículo era de lo poco que podía vender y ahora acababa de destrozarlo. En la urgencia intenta precipitarse por una ventana mientras repite: “He provocado la ruina de mi familia. No merezco vivir”.

En la entrevista con la familia ésta refiere que efectivamente ha habido problemas contables en la empresa, pero que estos son de carácter menor y en ningún caso han supuesto ningún problema irresoluble para ellos. X., una persona obsesiva y metódica, fue reprendido unas semanas antes con palabras insultantes y de manera pública por un superior. Desde entonces ha realizado varias bajas médicas por quejas de gastroenteritis y dolores lumbares y se ha ido encerrando progresivamente primero en su casa, posteriormente en su habitación, y finalmente en la cama, de donde se levantó hoy, aparentemente recuperado, para anunciar que iba a comprar el periódico y el desayuno...

Manejo del riesgo suicida

1. Valoración del riesgo antes del intento. Criterios de gravedad. Existencia de uno o más de los siguientes criterios:

- Existencia de un cuadro depresivo grave
- Existencia de un trastorno de personalidad con tendencia a la impulsividad
- Afirma ideas de suicidio activo.
- Cuando se pregunta a la persona *cómo lo haría*, responde con un plan determinado, o se infiere de su respuesta que existe ese plan
- Existencia de elementos de riesgo (p.e acumulación de fármacos, conductor, manejo de armas de fuego...)
- Poca capacidad de contención del medio (pasa tiempo solo y no puede garantizarse compañía)
- Al narrar las causas por las que realizaría el intento muestra un panorama, respecto a los problemas que tiene, en el que *no existe salida*

2. Valoración del riesgo de repetición. Criterios de gravedad. Existencia de uno o más de los siguientes criterios:

- Plan premeditado desde hacía días.
- Calma al ejecutarlo.
- Método violento (ahorcamiento, acuchillamiento, defenestración...) versus método no violento (ingesta de fármacos).
- Antecedentes de tentativas anteriores, especialmente si son recientes
- Ausencia de signos de aviso directo antes de la tentativa (llamadas de teléfono, comentarios...)
- Existencia de cartas u otros medios de despedida.
- Existencia de alguna forma de disposición de voluntades
- Ausencia de búsqueda de ayuda tras la tentativa

3. Actitud y recomendaciones.

- Valorar ingreso en centro sanitario
- De no ser posible, garantizar la presencia a su lado de familiares o amigos hasta que esté mejor.
- Tranquilizar a la familia, para que, de ser necesario, actúen de manera adecuada
- Eliminar los elementos peligrosos del ambiente (comprimidos, armas...)
- Controlar radicalmente el consumo de alcohol
- Establecer un plan con la persona o la familia (p.e. dar a la familia un informe por escrito recomendando ingreso por si la persona empeorara y proveer la dirección a la que deben acudir).
- Iniciar, en paralelo, el tratamiento de fondo de la causa subyacente, buscando, sobretodo, combatir la perspectiva de que *no existe salida*.
- Si es posible, ofrecer disponibilidad telefónica de algún profesional de contacto

Del autocastigo al autocuidado

Una vez delimitada la relación entre autocastigo y culpa, o incluso sin necesidad de que esto sea explícito, se puede empezar a motivar al paciente para que inicie un plan personal de autocuidado, como paso para sentirse mejor.

Plan personal de autocuidado.

Nivel 1

- **Recuperar horarios.** En el proceso de abandono personal, el primer paso suele ser la inversión del ritmo sueño – vigilia (dormir de día, vagar de noche –viendo TV, dando vueltas sin propósito claro). Es recomendable :
 - o Pactar la hora de levantarse (no la de acostarse).
 - o Si no es posible, adelantar el despertador media hora más temprano cada día, hasta ajustar.
 - o Dar hoja con normas de higiene de sueño (cena, temperatura, cansancio, fármacos...)
- **Normalizar comidas.** Comer algo (aunque sea poca cantidad) cada 3 horas, procurando al menos 1 comida al día cocinada
- **Ejercicio físico**
- **Control del consumo de sustancias**
- **Prevención de situaciones de riesgo para autoagresiones o gestos autolíticos.** Desarrollar un plan de acción ante situaciones críticas.
- **Evitar rumiaciones.** Prevenir situaciones de aburrimiento o vacío que puedan disparar la aparición de rumiaciones sobre la culpa.

Nivel 2

- **Listado de actividades placenteras** y recuperación progresiva de alguna de ellas.
- **Retomar contacto con amigos - familia**

10. Culpa y Reparación

▪ Formas de perdón en psicoterapia

Un camino alternativo para trabajar la relación entre culpa y acto es explorar la posibilidad del *perdón*.

Ya se vio, al hablar del *ojo acusador*, que podían existir tres formas de relación entre la persona y el origen de la culpa, que implicarán tres modos diferentes de intentar manejar el perdón

<i>Locus de control externo con referente simbólico accesible</i>	Búsqueda de perdón directo
<i>Locus de control externo con referente simbólico inaccesible</i>	Búsqueda de perdón indirecto (a través de gestos simbólicos)
<i>Locus de control interno.</i>	Búsqueda del perdón con uno mismo.

La búsqueda del perdón directo supondrá intentar hablar con aquellos de quien se percibe la acusación para intentar llegar a un cierto equilibrio, si no con el perdón (que a veces es difícil) al menos con una cierta explicación de los sentimientos de cada lado y un intento por escucharse mutuamente. Si las vivencias de culpa son absurdas (como suele suceder), buscar el *perdón* del otro o los otros puede llevar a desmontar parte del castillo construido.

La búsqueda del perdón indirecto se realiza a través de maniobras de contacto emocional (ver cuadro).

. La búsqueda del perdón con uno mismo

Pero en la mayoría de casos los caminos acaban llevando a que sea necesario enfrentar la necesidad del autoperdón :

- Porque no es posible buscar el perdón externo o este no es suficiente
- Porque la culpa no es confesable o no es posible trabajar con ella más que en metáfora
- Porque hemos logrado transformar una culpa estructural (vergüenza – soy) en una culpa situacional (culpa – hice) y necesitamos ahora trabajar esta.

Trabajar el *perdón* no excluye en ningún caso la necesidad de otras formas de manejo de la culpa. De lo contrario la persona puede sentir el trabajo con la idea de *perdón* como una escapada fácil, intolerable e injusta y rechazarla frontalmente. En este sentido, por ejemplo, el *perdón* necesita complementarse con formas de expiación o compensación (ver más adelante) que doten a la persona de un cierto sentido reparador.

Para trabajar la búsqueda del perdón puede recurrirse a varias maniobras:

Búsqueda del perdón con uno mismo

1. Directamente.

¿A quien ayuda y para qué sirve seguir castigándose?

¿A quien haría daño que usted se perdonara?

2. Trasposición de roles

Imagine que el protagonista de esta historia es (alguien a quien quiere mucho – su hijo – un niño de diez años...). ¿Sería capaz de perdonarle?

3. Diálogo simbólico

Carta a la persona fallecida

Carta al *ojo acusador*

Diálogo con ellos a través de silla vacía

▪ **Formas de compensación simbólica**

Siempre es posible buscar alguna forma de resarcimiento, algo que la persona puede hacer para restituir o reparar simbólicamente. Algunas ideas útiles pueden ser :

Formas de compensación

- ❑ Lista de gente a la que se ha hecho daño. Diálogo. Compensación directa (económica, física, moral...).
- ❑ A partir del análisis de la *norma transgredida* realizada en la primera parte de la terapia, puede buscarse cual es el *valor* que subyace a esa norma, y que supuestamente se violó con el acto culpógeno. A continuación podrá trabajarse conjuntamente la búsqueda de acciones privadas o públicas que promuevan o fomenten dicho valor.

Mateo y Nuria acuden a consulta. Como pareja de hecho llevan viviendo juntos veintidós años. Nuria, a raíz de una infección oportunista, descubre por su médico que es seropositiva. Al hacerse pruebas Mateo también resulta serlo. Esto desencadena una grave crisis de pareja porque ella afirma no haber tenido nunca relaciones con otra persona que no sea Mateo. Ambos se conocen desde la adolescencia y en su relación se ha aceptado la existencia implícita ocasional de terceros. El problema no es tanto que Nuria reproche a Mateo alguna relación incidental fuera de la pareja, cuanto que Mateo, llevado por unas intensas vivencias de culpa se ha alejado de ella y desde hace meses la evita. Prácticamente no hablan y existe una gran tensión. Tras dos sesiones dedicadas a solas con él a analizar sus vivencias de culpa, Mateo decide que cuando todo esto pase finalmente y ella supere la infección oportunista, le va a proponer que se casen.

- ❑ Apoyo a causas u organizaciones relacionadas con la situación.

El anexo 1 recoge un esquema de entrevista terapéutica que sistematiza buena parte de las vías de trabajo expuestas. El anexo 2 es un caso práctico de aplicación. En los anexos 3 y 4 se ofrece un esquema global de trabajo en la psicoterapia con vivencias de culpa y un resumen global de técnicas terapéuticas.

ANEXO 1

PROTOCOLO DE ENTREVISTA

SEMI-ESTRUCTURADA DE CULPA.

Parte 1.

Introducción y Pacto de Trabajo.

1. **Introducción.** Presentar el marco global de las próximas sesiones de trabajo.

Por ejemplo: *“Le propongo dedicar uno o más días de trabajo específicamente a algunas de las emociones y sentimientos que tiene usted y que parece que están influyendo en su vida...”* o de manera más directa: *“Le propongo que dediquemos un espacio de trabajo a reflexionar específicamente sobre esas vivencias de culpa que me contaba y que parece que tienen bastante peso en su vida...”*

2. **Consentimiento y Pacto de trabajo^a.**

“En la terapia han salido algunos elementos que pudieran tener que ver con algo que podríamos llamar en términos muy generales *sentido de responsabilidad* (puede utilizarse directamente las palabras *culpa* o *vergüenza* si procede). El objetivo sería que pudiéramos ir viendo juntos cómo ve usted estos aspectos y el modo en que podrían estar influyendo ahora en su vida. Eso significa que algunas veces cosas de las que hablemos le podrían resultar difíciles o dolorosas. La idea, desde luego, es que ningún caso usted va a salir de aquí peor de lo que ha entrado, sino que garanticemos que no vamos a dar por terminada la sesión si no se encuentra usted bien” “En total serían dos o tres sesiones, a no ser que haya alguna dificultad y decidamos seguir trabajando juntos más tiempo sobre estos aspectos” “¿Le parece que vale la pena que hablemos sobre estas cosas? ¿Cree que le puede ayudar?”

3. **Si responde SI**, iniciar la entrevista.
4. **Si responde NO**, trabajar en la línea : “¿Cree usted que hablar de estos temas le puede hacer daño?. ¿Y no hablar?. Usted vino a la consulta porque se encontraba mal. Tal vez ya dio usted un primer paso para intentar resolverlos...” etc.

En caso de que la persona se siga negando, anotar la razón por la que no desea entrar en este aspecto (miedo, desconfianza, cree que no tiene relación con el motivo por el que pidió consulta) y ver la posibilidad de aplazar la entrevista sobre culpa para más adelante.

^a El objetivo de esta introducción es doble: por una parte promover el compromiso del paciente en un área especialmente sensible de la terapia, y por otro crear una expectativa de “situación especial”, de “técnicas complejas”. Los modelos tradicionales de curación simbólica y las técnicas de pedagogía popular muestran la gran importancia de la creación de expectativas positivas en el resultado final de un proceso de acompañamiento o terapia.

Parte 2.

Análisis de las vivencias de responsabilidad, vergüenza o culpa.

- Iniciar de una manera neutra, sin poner el foco desde el primer momento en los “hechos”, sino en un contexto más amplio.
- Utilizar las preguntas generales de un modo *proyectivo*, es decir como preguntas abiertas en las que la persona puede empezar a reflejar sus preocupaciones personales dando con ello pistas al terapeuta de por dónde van las coordenadas de las vivencias bloqueantes de culpa o vergüenza.



1. Situación actual.

1. ¿Qué diría usted que es la culpa? ¿Cómo definiría usted lo que es la culpa?.

2. ¿Por qué cosas cree usted que la gente se suele sentir culpable?.

3. ¿Por qué cosas se suele sentir USTED culpable?.

4. **Imaginemos que hubiera dos, tres, cuatro situaciones que le hicieran sentirse a usted especialmente mal consigo mism@, que cuando las recuerda le provocan tanta vergüenza o culpa que tiene que apartarlas de su cabeza.**

No necesita contarme las situaciones. Lo que le pediría, en este momento, es sólo que las viéramos de lejos, como fotografías de un álbum o trozos de una película. Piense durante un par de minutos y tome notas si quiere y escoja qué situaciones.

5. **Para cada una de estas situaciones que ha pensado busque un nombre que podamos utilizar para denominarla. Por ejemplo: “la tarde del cine”, “cuando se murió mi prima”, “el día de la ducha...”. Vamos a dar un nombre a cada fotografía dolorosa.**

Las situaciones que más duelen a veces es difícil que vengan a la memoria de manera inmediata, porque la mente hace esfuerzos por olvidarlas. Es posible que en los próximos días le vengan de pronto a la mente situaciones que le resultan difíciles de tolerar y le parezca importante que las tomemos en cuenta.

Por otro lado puede también haber otras situaciones que son demasiado dolorosas incluso para que usted les de nombre aquí. Esta usted en su derecho de reservarlas hasta el momento en que le parezca oportuno.

6. **Si tuviera que ordenar todas estas fotos y videos de cuales puede tolerar mejor a cuales le resultan intolerables, ¿en qué orden las pondría?**

¿Cómo se encuentra?. ¿Quiere que paremos un rato?.

Parte 3.

Vamos a hablar con más detenimiento de algunas de estas situaciones que usted ha detallado. Recuerde que usted no necesita contar lo que sucedió si no lo desea, sino solo aquello que usted crea que necesitamos saber para dar una cierta lógica a sus sentimientos. De las que hemos elegido, podemos empezar por aquella que desee.

Situación:

Edad que tenía.

Narrativa del paciente respecto a los hechos

Palabras con que describe sus emociones

Análisis conjunto

Características de la vivencia. Vamos a intentar sintetizar juntos lo que esta situación significa intentando ver si las podemos resumir en dos frases^a :

Soy culpable porque

Este tipo de situaciones son las que me hacen pensar “soy un/a....” “

Búsqueda del ojo simbólico acusador. Le voy a pedir un ejercicio de imaginación. Muchas veces, en las vivencias de culpa, si pensamos bien hay alguien o algo que parece que nos esté mirando desde alguna parte y se quien nos acusa. La mirada que no soportamos. Puede ser alguno de sus padres y otro miembro de la familia, Dios, la sociedad en general, algún amigo^b. ¿Qué mirada cree que podría ser la de alguna manera le acusa en silencio^c?

Relación con el ojo simbólico acusador. Hablemos un poco más de su relación con ésta persona. ¿Cómo diría que era/es su relación con ella?. ¿Puede contarme algún ejemplo de situaciones para que yo me haga una idea de qué tipo de relación había entre ustedes?. ¿Por qué era/es una persona tan importante en su vida? ¿Por qué cree que le influye tanto lo que ella pueda pensar de usted?. (Use tantas hojas como sea necesario)

^a Se busca si lo que priman son vivencias de culpa situacional (Guilt) o de culpa estructural (Vergüenza o Shame) y una aproximación por parte de terapeuta y paciente a por qué es doloroso esa hecho analizando las consecuencias en la imagen de sí como primer paso para poder posteriormente conectar esta narrativa y esta imagen con hechos biográficos o con pautas problema.

^b En las sugerencias no se incluye como posibilidad *usted mismo*, porque ésta es una respuesta socialmente deseada. Además, cuando se incluye entre las opciones posibles se observa que se adopta casi de inmediato, lo que puede interpretarse como una forma de resistencia o de evitación cognitiva para evitar avanzar por un camino que puede ser doloroso

^c Recuérdese que no tiene por qué coincidir aquel a quien se infringió el daño, el ojo acusador respecto a la culpa y la persona o personas significativas origen de la norma simbólica. Es muy importante distinguir aquí estos tres planos y buscar, sobretodo, *la persona o personas origen de la norma transgredida*.

Norma transgredida. Si pensamos en quien es ese “ojo acusador” quizás nos es más fácil encontrar entonces ahora cual sería la norma, la ley que usted no respetó al hacer esto.

Por ejemplo^a, alguien que se sienta mal porque en una reunión importante respondió a una pregunta de su jefe de manera precipitada y luego, aunque a sus compañeros no les pareció mal, él quedó convencido de haber hecho el ridículo. Esa persona puede sentirse mal porque sus padres y hermanos de pequeño siempre le llamaban el “bocazas” y él se enfadaba tanto que de hecho una vez le llegó a tirar un cuchillo de cocina a uno de sus hermanos por esa razón. La norma, en este ejemplo, sería “Piensa bien antes de hablar” o “La gente que sabe no necesita hablar”.

Percepción de la motivación o intencionalidad respecto al daño. ¿Considera usted que lo que pasó fue por casualidad o que en el fondo tenía usted alguna intención de que pasara?^b ¿Alguna vez se ha llegado a preguntar eso?

Lógica subjetiva de la vergüenza o culpa. Imaginemos ahora que las culpas no fueran algo malo por sí mismo, sino una señal de la que podemos aprender. Como cuando duele una quemadura. Si tuviéramos que pensar para qué le sirve a usted sentirse culpable de esto que estamos hablando, ¿qué lógica se le ocurriría?^c.

^a El ejemplo debería adaptarse a la hipótesis de ojo acusador. Si es “*la sociedad*” una norma puede ser “ayudar a quien esté peor que tú”, si es “*Dios*”, una norma sería “no comer carne los viernes”, si es “*mi madre*”, una norma podría ser “*nunca hay que tirar comida a la basura*”, si es “*yo mismo*”, una norma puede ser “*procurar llamar a mi familia al menos una vez a la semana*”. El terapeuta elige un ejemplo que pueda resultar significativo en función de lo hablado hasta ahora.

^b Esta pregunta abre el tema de la ambivalencia hacia el objeto de la culpa. Muchas personas suelen responder “Creo que no, pero a veces me pregunto si en el fondo no lo deseaba...” o respuestas similares que remiten a la agresividad encubierta o la ambivalencia hacia la persona querida.

^c Se trabajaría, en este momento, la idea de que la culpa no es sólo algo negativo a suprimir sistemáticamente, sino una señal que nos puede servir de ayuda para guiarnos, si sabemos convertirla en algo positivo y salir reforzados de ella. La *lógica* que tiene valor aquí es la *subjetiva* del paciente, no la interpretación que pueda hacer el terapeuta.

Situación^a :

Edad que tenía.

Narrativa del paciente respecto a los hechos

Palabras con que describe sus emociones

^a Insertar tantas hojas con la misma estructura como situaciones de culpa se trabajen. Lo usual es que haya una sola situación nuclear. Raramente dos o más. La proliferación indiscriminada de culpas sugiere un estilo de pensamiento en círculo, rumiador o la existencia de componentes, en la terapia, de seducción y puesta en escena. Cabría reconsiderar, en cualquiera de estas dos situaciones, los riesgos de extender en exceso el trabajo que se está realizando.

Análisis conjunto

Características de la vivencia:

Soy culpable porque

Este tipo de situaciones son las que me hacen pensar “soy un/a.... “

Búsqueda del ojo simbólico acusador.

Relación con el ojo simbólico acusador.

Norma transgredida.

Percepción de la motivación o intencionalidad respecto al daño.

Lógica subjetiva de la vergüenza o culpa.

Parte 4 – Exploración y Análisis de aspectos específicos.

1. Antecedentes de la culpa

- ¿Cree usted que es una persona con tendencia, en general, a sentirse culpable por casi todas las cosas?
- ¿Por qué cree que esto es así? (explorar la narrativa personal y si cree que esta tendencia está anclada en algún patrón infantil, en normas familiares, en su manera de ser o cualquier otra narrativa que aporte para explicar esta *disposición* a sentirse culpable).

2. Connotaciones subjetivas

Algunas de las culpas le molestan, mientras que parece que otras no. En general, ¿Cree que en el caso concreto de usted la culpa es mala y que hay que combatirla o que a veces es bueno sentir culpa?. ¿Cuándo sería, en su opinión mala?. ¿Cuándo sería buena?

3. Mecanismos de Afrontamiento.

Cuando se siente culpable por algo ¿qué HACE concretamente USTED? (dejar narración espontánea apuntando lo que diga y luego ayudarle a concretar) :

- intentar no pensar en el tema.
- razonar por qué me siento culpable.
- intentar hacer lo que sea para sacarse la culpa de encima.
- Otras (especificar)

4. Disparadores de la culpa.

- ¿Hay días en que parece que se siente más culpable, en que se siente culpable por todo?. Si es así, ¿de qué depende?
- ¿Existen situaciones que la hagan sentir especialmente mal? ¿Qué tipo de situaciones?

5. Culpa y conducta.

Si se han detectado conductas asociadas a la culpa, explorarlas más en profundidad. Especialmente si establece de manera espontánea alguna relación entre estas conductas y sus vivencias.

- a) Conductas de autocastigo (beber, conductas de riesgo...) Detallar .
- b) Conductas de rechazo anticipatorio (evitar contactos afectivos) Detallar .
- c) Conductas de expiación (conductas altruistas relacionables con el hecho) Detallar .

Posibilidad de realizar una hoja de balance decisional (ventajas/ inconvenientes a corto/largo término de seguir o no con la conducta objeto de análisis).

6. Culpa y Perdón.

Parte 5 - Hoja de Balance y Planificación del Trabajo de Culpa.

Con todo lo visto hasta ahora el terapeuta debe decidir si se requiere pasar a un nivel superior de análisis y planificar las áreas de trabajo requeridas.

Hoja de Balance y Planificación (A responder por el entrevistador)

¿Le parece que los síntomas de vergüenza o culpa deben entenderse SOBRETUDO desde uno o más de los siguientes ejes en la interacción con los demás? :

- “Ansioso” (rasgos evitativos, dependientes, pasivo-agresivos o fóbicos...)
- “Rumiador” (rasgos obsesivos, perfeccionismo, rigidez extrema)
- “Externalizante” (rasgos narcisistas, histriónicos)
- “Internalizada” (rasgos depresivos)
- “Circular” (rasgos psicopáticos)

¿Es posible realizar un análisis funcional de las vivencias de culpa del paciente?

Es decir : ¿existen datos que permitan pensar que las verbalizaciones de culpa son, en esta persona, una *forma de comunicación* con los demás?. ¿Pueden representar una forma de *presentarse* o una *postura existencial* ¿Puede detectarse, en este sentido, algún patrón susceptible de ser trabajado en terapia?.

Hoja de Balance y Planificación
(A responder por el entrevistador)

Marque con una cruz aquellos mecanismos/ situaciones prototípicas que cree implicados y que le parecería que debería trabajar m

	Mecanismo / Situación Prototípica	Definición.
	Culpa por generalización	Uso de “yo soy” por “yo hice”. Formas de descalificación global
	Clarividencia retrospectiva	La persona se juzga en función de información que posee AHORA pero que desconoce de los hechos. Es como si, en el fondo, tuviera que haber sabido lo que en realidad no
☐	<i>Culpa omnipotente</i>	Atribución exagerada de responsabilidad respecto a los hechos, cuando en realidad la influencia era poca
☐	<i>Decisiones imposibles</i>	Situaciones en las cuales se haga lo que se haga la solución es mala y la culpa práctica de todos modos
☐	<i>Culpa autoacusatoria</i>	Excusar al perpetrador y autoacusarse por el daño recibido, siendo la víctima
☐	<i>Vergüenza</i>	La culpa como “mancha” irreparable, como ridículo.
☐	<i>Culpa como idea obsesiva</i>	Desprovista de toda lógica, la culpa como idea obsesiva egodistónica
	<i>Culpa por fallar expectativas sociales.</i>	¿Qué esperan otros de mí?. Respecto a apariencia física, relaciones íntimas, relaciones económicas, obligaciones con la comunidad.... ¿qué es o cómo se supone que debería ser?
	<i>Culpa religiosa.</i>	Culpa por trasgresión de normas básicas de carácter moral.
	<i>Culpa por sobrevivir.</i>	La persona considera que debería ser ella la persona muerta en lugar de quien falleció
	<i>Vergüenza ontológica</i>	La persona siente rechazo a los demás y en general vergüenza por el hecho de ser un ser humano y las cosas que contempló o hizo.

PROTOCOLO DE ENTREVISTA

SEMI-ESTRUCTURADA DE CULPA

Paciente : T.R.M

Fecha : 15.03.2006

Situación actual.

1. ¿Qué diría usted que es la culpa? ¿Cómo definiría usted lo que es la culpa?.

“Lo responsable que te sientes por las cosas que haces”. “Por cosas que haces a otros, pero también a ti mismo”. Por ejemplo en la educación de tus hijos. Te preguntas : si yo hubiera educado a mis hijos de otra manera....”

¿Por qué cosas cree usted que la gente se suele sentir culpable?.

“Hay gente que no suele tener sentimientos de culpa nunca. Los que los tienen es por hacerle daño a los demás”

¿Por qué cosas se suele sentir USTED culpable?.

“Por hacer daño o perjudicar a otros. Independientemente de si se quería hacer daño o no”

(ante esta respuesta el terapeuta pregunta si en su opinión no hay diferencia entre culpa y responsabilidad)

“Si eres responsable no llegas a ser culpable. Si lo que haces lo haces pensando seriamente en lo que haces, no tienes porque sentirte culpable”

Imaginemos que hubiera dos, tres, cuatro situaciones que le hicieran sentirse a usted especialmente mal consigo mism@, que cuando las recuerda le provocan tanta vergüenza o culpa que tiene que apartarlas de su cabeza.

No necesita contarme las situaciones. Lo que le pediría, en este momento, es sólo que las viéramos de lejos, como fotografías de un álbum o trozos de una película. Piense durante un par de minutos y tome notas si quiere y escoja qué situaciones.

Para cada una de éstas situaciones que ha pensado busque un nombre que podamos utilizar para denominarla. Por ejemplo: “la tarde del cine”, “cuando se murió mi prima”, “el día de la ducha...”. Vamos a dar un nombre a cada fotografía dolorosa.

- *La tarde del camión*
- *El día de Juan*

Las situaciones que más duelen a veces es difícil que vengan a la memoria de manera inmediata, porque la mente hace esfuerzos por olvidarlas. Es posible que en los próximos días le vengan de pronto a la mente situaciones que le resultan difíciles de tolerar y le parezca importante que las tomemos en cuenta.

Por otro lado puede también haber otras situaciones que son demasiado dolorosas incluso para que usted les de nombre aquí. Esta usted en su derecho de reservarlas hasta el momento en que le parezca oportuno.

- **Si tuviera que ordenar todas estas fotos y videos de cuales puede tolerar mejor a cuales le resultan intolerables, ¿en qué orden las pondría?**

- En el mismo que le he dicho

¿Cómo se encuentra?. ¿Quiere que paremos un rato?.

Bueno, no me hace mucha gracia hablar de estas cosas, pero de esto se trata ¿no?

Parte 3.

Vamos a hablar con más detenimiento de algunas de estas situaciones que usted ha detallado. Recuerde que usted no necesita contar lo que sucedió si no lo desea, sino solo aquello que usted crea que necesitamos saber para dar una cierta lógica a sus sentimientos. De las que hemos elegido, podemos empezar por aquella que desee.

Situación : *La tarde del camión* [Violación múltiple de la paciente]

Edad que tenía. *16 años*

Narrativa del paciente respecto a los hechos

“Eran las fiestas de Matutes...”

“Estaba buscando a R., que era mi novio. Después de dar vueltas por todas partes unos tíos me preguntaron qué me pasaba. Les dije que buscaba a mi novio. Me dijeron que me esperara que se acababan unas cervezas y me acompañaban a buscarle”

“Fuimos a por un camión que tenía uno de ellos. Me dijeron que subiera en la parte de atrás. Era un trailer de esos. Hasta que no cerraron la puerta no me di cuenta de lo que pasaba. Tenían allí un colchón y más cervezas. El resto se lo puede imaginar. ¿Hace falta que lo cuente? Quisiera no tener que hacerlo... Me quitaron los pantalones y creo que me violaron uno detrás del otro. Tampoco tengo un recuerdo muy nítido. Hace casi 20 años que pasó-”

[T: ¿Podría decirme, si se acuerda, qué pensamientos o qué emociones cree usted que pasaron por su cabeza en aquel momento?]

“Sí, me acuerdo perfectamente. Pensaba que cuanto antes acabaran antes podría irme. ¿Miedo?. No, en ningún momento. Estaba muy calmada. Sé que no tenía la impresión de que me fuera a pasar algo. De hecho cuando acabaron., abrieron la puerta y me dejaron ir” “Bajé, me senté unos segundos, y después me fui caminando hacia casa. Recuerdo que estaban viendo la televisión. Yo me senté y me puse a ver la televisión con los demás. No dije nada, como si tal cosa. Al día siguiente ví a mi novio como si tal cosa. Es algo que no puedo olvidar”.

[T ¿Y mirando ahora para atrás?]

“No sé por qué... me siento estúpida. Me da vergüenza. Pienso que fue estúpida, tonta. Estúpida e irresponsable-. A mí ellos no me obligaron a ir con ellos. Fui yo la que fui...”

Palabras con que describe sus emociones

Asqueada, rabiosa.

Rabia, impotencia. Darte cuenta que no puedes hacer nada.

Cabreo conmigo misma.

Análisis conjunto

Características de la vivencia. Vamos a intentar sintetizar juntos lo que esta situación significa intentando ver si las podemos resumir en dos frases :

Soy culpable porque *“me metí en el camión”*

Este tipo de situaciones son las que me hacen pensar “soy un/a....”
“Me hacen pensar que soy una guarra”

[T: ¿Guarra en qué sentido. Como viciosa o ninfómana?]

Exacto. Creo que soy una atrevida, que no me controlo.

[T: ¿A qué se refiere?]

Bueno, no tuve miedo....

[T: ¿Quiere decir qué a veces ha pensado que disfrutó?]

[llora] *No lo sé. Tenía 16 años. Siempre fui muy descarada. No tenía miedo a nada. Y ahí desde luego miedo no tuve....*

Búsqueda del ojo simbólico acusador. Le voy a pedir un ejercicio de imaginación. Muchas veces, en las vivencias de culpa, si pensamos bien hay alguien o algo que parece que nos esté mirando desde alguna parte y se quien nos acusa. La mirada que no soportamos. Puede ser alguno de sus padres y otro miembro de la familia, Dios, la sociedad en general, algún amigo. ¿Qué mirada cree que podría ser la de alguna manera le acusa en silencio?

Mi marido. Ante todo y por encima de todo. El me dice que la culpa es mía. Las cosas que uno se busca, dice él.

Yo misma: Cuando tenía esa edad era muy descarada y bastante estúpida. Iba por la calle y si veía a alguien podía decir qué ropa llevaba porque le miraba de arriba abajo. Ahora he cambiado eso. De hecho camino por la calle mirando al suelo y procuro no mirar a la gente a la cara para que no crean que soy una buscona.

[T: ¿Recuerda alguien que de pequeña le dijera que era una “buscona”]

Eso no , pero una descarada sí. Mi abuela no hacía más que repetírmelo. Pero me lo decía bien.. A ella le gustaba que fuera así. Luego ha sido mi marido el que siempre ha estado sugiriendo que tenía relaciones con otros hombres, porque “después de lo que pasó...”

[Y ¿usted qué piensa?]

Bueno, creo que tiene razón. No soy de fiar.

[¿Ha tenido alguna relación fuera del matrimonio?]

Ni siquiera me atrevo a mirar a otros hombres. Ya me resulta bastante raro estar aquí, hablando de esto.

Relación con el ojo simbólico acusador.

Durante muchos años fue un infierno. Siempre salía esta historia. Constantemente. Discutíamos mucho. Llegué a pensar alguna vez en separarme, pero ¿cómo podía separarme después de lo que le había hecho, de haberle jodido la vida?

Ahora llevamos dos o tres años, después de la última vez en que casi me separo, que ya no saca el tema. Parece que estamos mejor. Ahora estamos bastante bien.

Norma transgredida.

No sé. Ser estúpida, supongo. No se me ocurre otra. O quizás que me gustara. [lo dice en tono irónico]

Percepción de la motivación o intencionalidad respecto al daño. ¿Considera usted que lo que pasó fue por casualidad o que en el fondo tenía usted alguna intención de que pasara? ¿Alguna vez se ha llegado a preguntar eso?

Oh no, por supuesto que no. Yo no sabía lo que iba a pasar. Fui tonta, estúpida por no darme cuenta. ¡¡Pero no lo busqué ¡!

Lógica subjetiva de la vergüenza o culpa. Imaginemos ahora que las culpas no fueran algo malo por sí mismo, sino una señal de la que podemos aprender. Como cuando duele una quemadura. Si tuviéramos que pensar para qué le sirve a usted sentirse culpable de esto que estamos hablando, ¿qué lógica se le ocurriría?

Para no volver a hacer la misma idiotez que hice....

[T : ¿A quien beneficiaría en ese caso la culpa?]

No entiendo.

[T: ¿A quien podría beneficiar que usted vaya por la calle mirando al suelo, que no mire a los hombres a la cara, qué se sienta mal por estar aquí?].

Aquí no me siento mal, aunque la verdad es que mi marido no sabe que vengo. No sé qué diría...

[T: ¿A quien podría beneficiar?].

A mí.

[T: ¿Solamente?]

Y a mi marido.

[T : ¿A su marido?]

Supongo.

[T: Usted me decía que las palabras que mejor definen sus emociones eran “Asqueada” y “Rabiosa”. ¿Rabiosa con quien?].

Conmigo misma. Por estúpida.

[T: Por ser, ¿decía usted, una “guarra”?]

Exacto. (lo afirma sin convicción)

[T: Pero cuando usted salió del camión no se sentía así, ¿no?. ¿Cómo me dijo que se sentía?]

Fuerte, bien. Tranquila.

[T: Es decir, usted se siente fuerte, bien.... Y de pronto hay un momento en que cambia de opinión y decide que es una “guarra”. ¿Cuándo fue ese cambio de opinión?]

Cuando vi cómo reaccionó mi marido. Tardé años en contárselo. Cuando vi la cara que ponía de pronto entendí todo. Estuvo un mes sin hablarme. Creo que fue entonces cuando cambié de opinión.

[T: Recapitulando otra vez : usted se siente fuerte, es usted una persona “descarada”, que no tiene miedo. Y sale tranquila. Y esa manera de verse a sí misma cambia. Cambia cuando se vé reflejada en el espejo de su actual marido, que tiene otra versión de los hechos. Una versión que al parecer se encarga de recordarle periódicamente durante años...]

Así es

Situación 2 :

[T: Hablemos de la otra situación. La llamó “La tarde de Juan...”]....

Parte 4 – Exploración y Análisis de aspectos específicos.

1. Antecedentes de la culpa

- ¿Cree usted que es una persona con tendencia, en general, a sentirse culpable por casi todas las cosas?.
- ¿Por qué cree que esto es así? (explorar la narrativa personal y si cree que esta tendencia está anclada en algún patrón infantil, en normas familiares, en su manera de ser o cualquier otra narrativa que aporte para explicar esta *disposición* a sentirse culpable).

No. No suelo sentirme culpable.

[¿Y en este tema?]

Fuí a un colegio de monjas, sólo de chicas, con normas muy estrictas. No empecé a relacionarme con chicos hasta muy tarde. No creo que hubiera otras cosas. En casa mis padres no recuerdo que me dijeran nada especial.

2. Connotaciones subjetivas

Algunas de las culpas le molestan, mientras que parece que otras no. En general, ¿Cree que en el caso concreto de usted la culpa es mala y que hay que combatirla o que a veces es bueno sentir culpa?. ¿Cuándo sería, en su opinión mala?. ¿Cuándo sería buena?

Ayudan a no cometer el mismo error. Creo que es buena. Que gracias a eso he sido mejor persona.

3. Mecanismos de Afrontamiento.

Cuando se siente culpable por algo ¿qué HACE concretamente USTED? (dejar narración espontánea apuntando lo que diga y luego ayudarle a concretar) :

Está claro : hago como que no pasa nada. Eso fue lo que hice ese día y siempre hago igual. Espero a que pasen los problemas. Soy muy buena a la hora de conseguir no pensar en las cosas . Sí me lo propongo, lo logro casi siempre.

- intentar no pensar en el tema.
- razonar por qué me siento culpable.
- intentar hacer lo que sea para sacarse la culpa de encima.
- Otras (especificar)

4. Disparadores de la culpa.

- ¿Hay días en que parece que se siente más culpable, en que se siente culpable por todo?. Si es así, ¿de qué depende?
- ¿Existen situaciones que la hagan sentir especialmente mal? ¿Qué tipo de situaciones?

Sí, oscila mucho de un día a otro, pero no sabría decir por qué. Supongo que cuando estamos mal. Aunque a veces pienso que es al revés: cuando me siento yo mal es cuando estamos mal los dos. Y entonces intento que se me pase....

5. Culpa y conducta.

Si se han detectado conductas asociadas a la culpa, explorarlas más en profundidad. Especialmente si establece de manera espontánea alguna relación entre estas conductas y sus vivencias.

- a) Conductas de autocastigo (beber, conductas de riesgo...) Detallar .
- b) Conductas de rechazo anticipatorio (evitar contactos afectivos) Detallar .
- c) Conductas de expiación (conductas altruistas relacionables con el hecho) Detallar .

Posibilidad de realizar una hoja de balance decisional (ventajas/ inconvenientes a corto/largo término de seguir o no con la conducta objeto de análisis).

1 - La paciente tiene episodios severos de bulimia desde hace cinco años. Se trata de atracones prácticamente diarios, a media tarde. En algunas ocasiones se ha acompañado de vómito, aunque no últimamente.

- Según la paciente, nunca se ha planteado que pudiera tener relación con nada de su vida. Cree que es por el estrés (trabaja, cuida a sus hijos y va varias horas al día a ayudar en casa de su madre, que está enferma). Cuando tiene un rato muerto (a media tarde) no puede relajarse y come. Niega rotundamente razones estéticas.

2- No mira a la gente que le atrae (hombres) "por sí acaso". No se permite conocer gente nueva, exceptuando las madres de los compañeros de clase de sus hijos.

6. Culpa y perdon

Imaginémonos por un momento que aceptáramos la posibilidad de que usted fuera culpable. Sólo como hipótesis. ¿Cree usted que, en ese caso, alguna vez podrá USTED perdonarse a sí mismo? ¿De qué dependería?

A veces pienso que sí y a veces pienso que no. No puedo responder. No sé.

Planificación de áreas de trabajo en el caso de A.R.M.

<p>*</p>	<p>Mecanismo Clarividencia Retrospectiva.</p>	<p>- l te ha co de vi ni Ju cu m ha co No es pa - A ve co di m cu fu es - A pr ve re so gu po tu</p>
<p><i>No</i></p>	<p>Culpa infantil.</p>	<p>- A re qu ab m m de er de er m ele</p>

	✘ Pensamiento mágico.	- Y pr co hi nu ma ha te ta pr Le la
	✘ Situaciones de respuesta imposible (disonancia cognitiva).	- S mi sie hu me me co mi no mi pi ta di me me co mi

	Mecanismo	
No	<i>Culpa por fallar expectativas sociales.</i>	Aunque sí en el pasado, no en la actualidad. No parece un elemento bloqueante en la actualidad
✘	<i>Culpa religiosa.</i>	Aunque ella se considera agnóstica hay numerosas connotaciones morales y religiosas en todo su desarrollo culpógeno que valdría la pena explicitar mejor
No	<i>Culpa por sobrevivir.</i>	
No	<i>Vergüenza ontológica</i>	

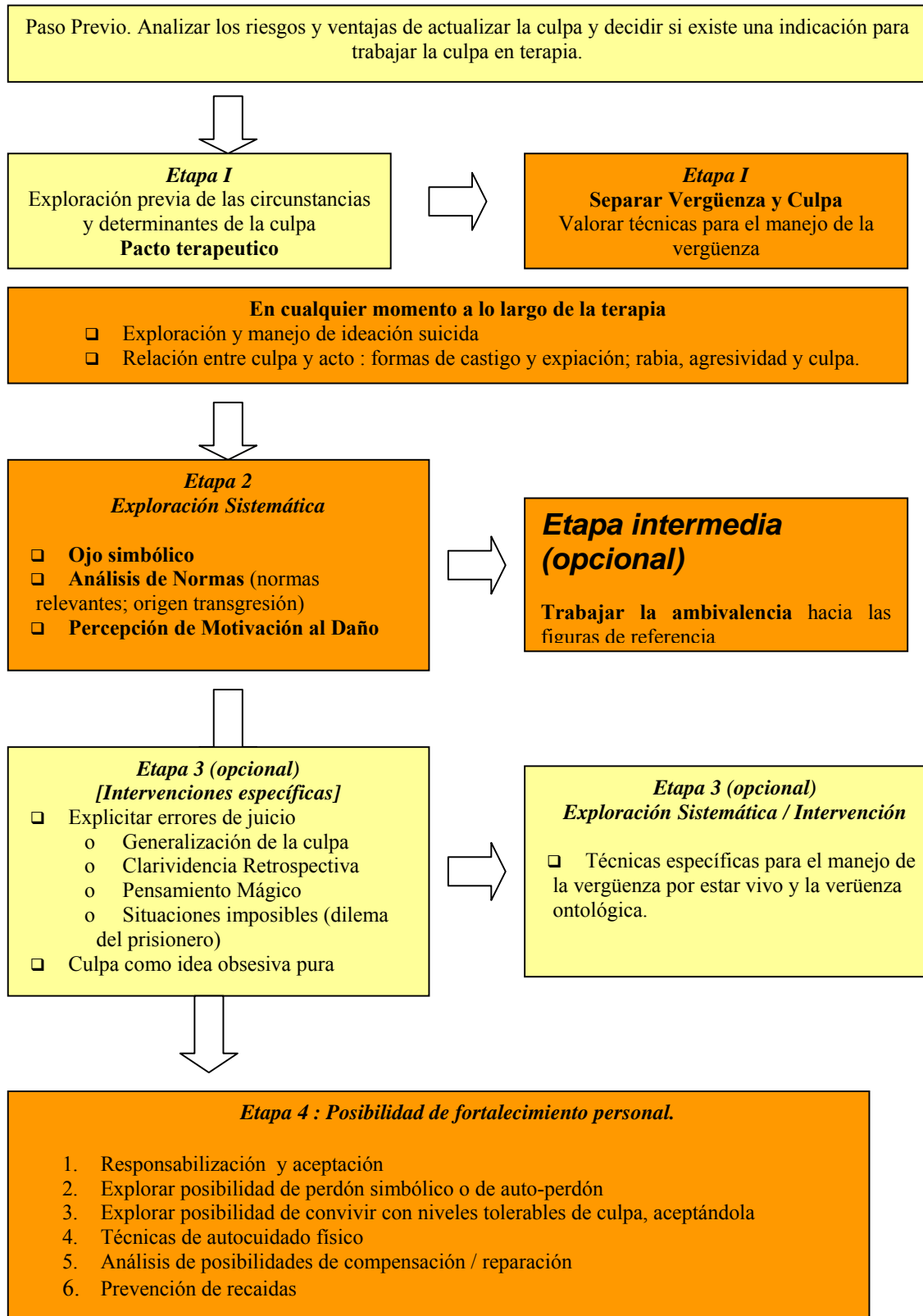
Anexo 2. Abordaje de la vergüenza como factor predisponente de la culpa

La Vergüenza, en su acepción clásica de *miedo y la hipersensibilidad a la evaluación negativa por parte de los demás* constituye un factor de riesgo para la aparición de culpa. Como tal, su abordaje excede a los propósitos de este libro, si bien en el cuadro anexo se resumen algunas de las técnicas de abordaje clásico de la vergüenza.

Técnicas para el abordaje psicoterapéutico de la vergüenza

1. **Analizar y favorecer la expresión de emociones.** Muchas personas con vergüenza han inhibido permanentemente la expresión de emociones por considerarlas inadecuadas o generadoras de rechazo. Como consecuencia, carecen de un buen insight emocional o de terminología adecuada para transmitir lo que sienten (lo que Sifneos y otros han denominado Alexitimia. Una primera fase del trabajo terapéutico consistirá en facilitar que el paciente puede tener una mayor conciencia y capacidad de distinción entre las diferentes emociones y que siente, y favorecer que pueda expresarlas de manera diferencial. Además del trabajo en la consulta, puede ayudar el uso de diarios u otros medios de poner lenguaje a las emociones.
2. **Análisis de los antecedentes biográficos y caracteriales,** como forma de acercamiento, también, a la narrativa y la autoimagen del paciente. Relación con los padres y otras figuras significativas de autoridad, historia de percepción de burlas en la infancia o la adolescencia ...
3. **Analizar los sistemas transaccionales del paciente.** A partir del estudio de las emociones predominantes y de las redes afectivas, puede llegarse a la percepción de soledad o rechazo que constituye el núcleo del problema (y que lo distingue del trastorno esquizoide). Esto favorecerá el análisis, a partir de situaciones reales del paciente, del sistemas de profecías autocumplidas que ha llevado a este a su actual de situación de aislamiento. Anticipar el rechazo es sentar las bases para que éste sin duda ocurra.
4. **Análisis de pensamientos automáticos.** Todo ello puede favorecer una mayor conciencia sobre el tipo de pensamientos autoacusatorios, denigratorios y anticipadores de catástrofes que tiene la persona de manera constante durante el día y el modo en que éstos, por un lado resultan protectores frente a situaciones amenazantes (exposición a los demás) pero por otro acaban por ser una losa que cierra todos los caminos. Diferentes técnicas cognitivas permiten analizar estos pensamientos y buscar alternativas (balancear pensamientos positivos y negativos, reproducir mentalmente situaciones imaginarias de fiscal y abogado, mitigando la voz acusatoria crítica y potenciar las autoafirmaciones positivas).
5. **Exposición gradual a situaciones temidas.** Paralelamente a todo lo anterior será necesario *motivar al paciente al cambio* (no “prescribirlo”), favoreciendo la exposición a las situaciones temidas bien de manera directa (inundación), bien por aproximaciones sucesivas (desensibilización, imaginación), con uso o no de técnicas de control o relajación.
6. **Trabajo en autoimagen.** La conciencia de los modos de funcionar, el ensayo de modos alternativos, los pequeños éxitos que se produzcan en la exposición gradual etc, junto a un trabajo de reestructuración cognitiva (errores de generalización, de pensamiento todo o nada u otros) a partir de situaciones de la vida cotidiana, pueden permitir explorar narrativas alternativas sobre sí mismo, con un mayor énfasis en factores positivos y de resistencia y abriendo paso a una visión positiva y realista de sí, evitando los *pseudoselfs naïf* y carentes de sustento real de los libros de autoayuda.

Anexo 3. Psicoterapia de vivencias de culpa : esquema global de trabajo



Anexo 4. Resumen global de técnicas terapéuticas

Objetivo global	Técnicas posibles
1. Ojo acusador / Referente simbólico	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Separar objeto del daño – referente simbólico y ojo acusador subjetivo del paciente (que es el principal en el trabajo terapéutico)
<i>Relación con los referentes simbólicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Explorar la actitud y sentimientos del paciente hacia la persona dañada, el referente simbólico y el ojo acusador subjetivo (en caso de no coincidir) <input type="checkbox"/> Existencia de accesibilidad real a los referentes y vías terapéuticas que esto pueda conllevar <input type="checkbox"/> Culpa por inferencias y asunciones sobre la opinión de otros <input type="checkbox"/> Entender el rechazo : desglosar las diferentes miradas sobre un problema y las múltiples lógicas que puede haber detrás
2. Explorar la ambivalencia	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reconstrucción histórica de la relación con el referente simbólico. Formas de memoria fotográfica u otras. <input type="checkbox"/> Forzar recuerdos equilibrados <input type="checkbox"/> Maniobras gestálticas <input type="checkbox"/> Técnicas de intención paradójica para permitir la apertura a la crítica
3. Análisis del sistema de normas en terapia	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Recuerdo de normas relevantes <input type="checkbox"/> Existencia de modelos significativos (modelado de actitudes) <input type="checkbox"/> Experiencias personales que pudieran conllevar mayor vulnerabilidad a culpa <input type="checkbox"/> Pautas-problema ancladas en la historia biográfica
4. Análisis de la percepción de motivación al daño	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Analizar el nivel de control real sobre pensamientos automáticos o reacciones fisiológicas. Desproveerlas de connotaciones morales <input type="checkbox"/> Diferenciar culpa de responsabilidad en base a la intencionalidad del daño
<p data-bbox="220 1485 437 1554">5. Explicitar lo ilógico</p> <p data-bbox="220 1621 437 1738">√ Culpa por generalización : Explorar la vergüenza</p> <p data-bbox="220 1771 437 1832">√ Clarividencia retrospectiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dar una guía y permitir que el paciente considere si alguna de estas situaciones pudiera tener que ver con él <input type="checkbox"/> Pasar de “yo soy” a “yo hice” <input type="checkbox"/> Desarrollar el concepto de error y el derecho a equivocarse, asumiendo la responsabilidad por las decisiones o los hechos <input type="checkbox"/> Analizar el contexto de la decisión <input type="checkbox"/> Separar lo que se sabía entonces y lo que se fue sabiendo después <input type="checkbox"/> Analizar la influencia de saber el resultado final sobre la percepción retrospectiva de los hechos <input type="checkbox"/> Analizar las premoniciones <input type="checkbox"/> Elaborar el mapa de responsabilidades

<p>√ Culpa omnipotente</p> <p>√ Decisiones imposibles</p> <p>√ Culpa autoacusatoria</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Análisis de roles <input type="checkbox"/> Fantasías como alimentadoras de culpa <input type="checkbox"/> Explorar soluciones alternativas en función de la teoría del caos <input type="checkbox"/> Elaborar una hoja de balance decisional <input type="checkbox"/> Analizar las culpas que podrían haber surgido de caminos alternativos <input type="checkbox"/> Significado de la culpa en la relación superviviente-perpetrador <input type="checkbox"/> Deslindar culpa de responsabilidad y aplicarlo tanto al superviviente como al perpetrador
<p>6. Trabajar la vergüenza</p> <p>Vergüenza por sobrevivir</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Explorar y discutir la relevancia de conceptos como “honor”, “mancha” u otras metáforas de lo subjetivamente irreparable -en términos morales- de la culpa</i> <input type="checkbox"/> Aceptación de sí mismo “pese a” la mancha, integrándola como parte de sí. <input type="checkbox"/> Explorar la resonancia de la idea de “proporcionalidad” de la culpa y las vías que pudiera abrir <input type="checkbox"/> Separar la culpa por sobrevivir de la vergüenza por sobrevivir <input type="checkbox"/> Entender la culpa en relación al duelo; como posible manifestación de éste <input type="checkbox"/> Reenfocar la vergüenza por sobrevivir como una emoción-señal hacia los fallecidos, como muestra de afecto y vínculo hacia ellos <input type="checkbox"/> Análisis de la relación entre supervivencia, valía personal y azar <input type="checkbox"/> Uso de maniobras gestálticas
<p>7. Culpa como idea obsesiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Exposición por evocación</i> <input type="checkbox"/> Estrategias de aceptación <input type="checkbox"/> Estrategias de contención
<p>8. Culpa y punición</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Análisis de la existencia de conductas autodestructivas o de riesgo y su relación con la culpa</i> <input type="checkbox"/> Utilidad real del castigo para eliminar la culpa <input type="checkbox"/> Promover el autocuidado
<p>9. Perdón simbólico y Reparación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Explorar la posibilidad del perdón : (a) directo (b) simbólico (c) respecto a uno mismo.</i> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis directo • Trasposición de roles • Formas de diálogo simbólico <input type="checkbox"/> Exploración de formas de compensación simbólica

**SECCIÓN 3. INTERVENCIONES SOBRE DUELO. Alberto Fernández-Liria,
Beatriz Rodríguez-Vega, María Dieguez Porres**

JUSTIFICACIÓN

La exposición al tipo de situaciones que llamamos *traumáticas* conlleva, por regla general, la ocurrencia de pérdidas. Si propugnamos el desarrollo de intervenciones psicosociales para las experiencias traumáticas en general, y para aquellas situaciones particulares en las que estas llegan a representar una experiencia común, como son las de catástrofe, guerra y violencia organizada, sería lógico pensar que es porque creemos que estas situaciones, afectan de algún modo a la salud mental. Intuitivamente no parece disparatado pensar que así ha de ser (aunque en este tipo de apreciaciones de lo obvio se basan algunos de los más importantes desvaríos de la historia de la psiquiatría^a). Además en las clasificaciones psiquiátricas se han descrito trastornos mas o menos específicos sobre todo en personas sometidas a las condiciones propias de las principales catástrofes o guerras habidas a lo largo del siglo veinte, en las que se basan las estrategias de intervención actualmente aceptadas para las situaciones traumáticas, como las que se han propuesto en el primer volumen de este trabajo.

El último de estos trastornos descritos, el *trastorno de estrés postraumático*, provee del modelo sobre el que se articulan la mayor parte de estas intervenciones psicosociales. Según este modelo, lo que hemos de afrontar es un *trastorno* que resulta del impacto de un estresor que, por sus características, adquiere esa condición de ser *traumático*. Es un *trastorno* porque tiene una causa identificable que actúa sobre el lecho de una vulnerabilidad de los sujetos, presenta unos síntomas, (hiperalerta, entumecimiento afectivo, intrusiones y evitación), determinados cuadros de estado (que combinan estos síntomas), sigue una evolución previsible y responde a unos tratamientos específicos^{b218}

Sin negar que pueda presentar ventajas que hayan facilitado la expansión del concepto y los modelos de trabajo sustentados en él, este modelo de trastorno *postraumático* tiene algunas insuficiencias. En primer lugar, y por empezar por las situaciones en las que se generó específicamente el concepto, se refiere a un supuesto que no sólo no es el más común, sino que es excepcional en las situaciones de guerra, catástrofe o violencia organizada desde las que ha sido inicialmente pensado, donde no abundan las personas que han sufrido una experiencia brutal pero puntual (como era el caso de los combatientes americanos en Vietnam que sirvieron de modelo para pensar el trastorno) y fracasan en su intento de reintegrarse - con una biografía que ha de incorporar esa experiencia - a un medio normalizado, sino personas que permanecen durante meses o años en una situación de amenaza continua en la que la experiencia etiquetable como traumática se repite o amenaza con repetirse en cualquier momento y que deben adaptarse a esa situación (muy alejada de lo que entenderíamos como *normalizada*) y en un contexto en el que todo el mundo ha vivido experiencias semejantes. La guerra o la violencia organizada – situaciones a las que nos referiremos con frecuencia en este texto, porque en nuestro trabajo en ellas hemos aprendido los autores buena parte de lo que intentamos transmitir²¹⁹ - no son acontecimientos (que producen un impacto), sino procesos (que exigen un trabajo de adaptación). Por otra parte, en estas situaciones, los síntomas que configuran el hipotético *trastorno* (hiperalerta, vivencias de intrusión, evitación y entumecimiento afectivo) constituyen en buena medida defensas adaptativas ante estas

^a Y de la ciencia en general. Lo obvio es que el cielo es azul, la tierra es plana y el sol describe un semicírculo a nuestro alrededor.

situaciones y, en cualquier caso, se dan en un porcentaje tan alto de la población (son tan estadísticamente *normales*) que no parece que tenga sentido calificarlas de *patológicas* o *trastornadas*^a. Además, si bien algunos de los síntomas que constituyen el síndrome parecen respuestas más o menos universales a adversidades importantes (como las vivencias de intrusión y la hiperalerta) otros (como la evitación o el entumecimiento afectivo) parecen estar sometidos a importantes variaciones de una a otra cultura²²⁰. Por otra parte, este modelo medicalizado aunque tiene la ventaja de autorizar y servir para guiar actuaciones reparadoras a nivel individual, presenta el inconveniente de ignorar la importancia de los procesos colectivos en la operación de resignificación que supone la superación de la experiencia “traumática”. Por último, si bien es cierto que lo que caracteriza a la experiencia *traumática* es su carácter de *innombrable*, y, por tanto, de inasimilable en los términos habitualmente utilizados por el sujeto para dar sentido a su experiencia – y ello hace necesario el desarrollo de estrategias específicas para afrontar este hecho – también lo es que la experiencia traumática generalmente reviste otras características que deben ser no menos específicamente atendidas y que pueden dificultar la asimilación. La ocurrencia de pérdidas y la necesidad de un proceso de duelo para asimilarlas, constituye un ejemplo frecuente de esto.

Por todos estos motivos frente a un modelo que contempla un *trastorno* como respuesta a una *noxa*, creemos preferible organizar, en la medida de lo posible, las intervenciones – tanto las individuales como las comunitarias – según un modelo que lo que contempla es un *trabajo* (y, en concreto un trabajo de *otorgamiento de significado*) que la comunidad y cada uno de sus miembros han de realizar frente a una *experiencia*. Trabajo y experiencia que se entienden mal desde una consideración reducida al individuo. Para ello nos ha sido de utilidad el modelo del **duelo** como referente para organizar el trabajo en salud mental en estas situaciones²²¹.

El esquema del **duelo** ofrece varias ventajas. En primer lugar se refiere a una experiencia normal que cualquier sujeto sufre ante el acontecimiento doloroso de la pérdida de un ser querido. Se trata de una tarea que ha de realizarse siempre que existen pérdidas y que, en las situaciones de catástrofe, violencia, guerra o desestructuración grave del medio como consecuencia del acontecimiento traumático, ha de realizarse en condiciones difíciles. Este enfoque evita la estigmatización de partida de las víctimas como *enfermos* que lo son en función de una especial *vulnerabilidad* individual. La necesidad de elaborar el duelo reclama – y posibilita – la *participación* del superviviente, mientras que el padecimiento de una enfermedad evoca el comportamiento del *paciente* (sujeto pasivo sobre el cual interviene el médico). La guerra, la violencia, las catástrofes y las experiencias *traumáticas* en general, colocan a **personas normales en situaciones anormales**, las intervenciones psicosociales pretenden ayudarlas a enfrentar esas situaciones, el duelo es uno de los procesos de que consta el enfrentamiento de tales situaciones.

En segundo lugar el modelo de duelo no se refiere necesariamente al *efecto* de una experiencia puntual (como un trastorno que sigue a un *trauma*) sino a un *trabajo* que debe ser

^a *No parece que tenga sentido hablar de evitación* como síntoma cuando la amenaza real continúa vigente; la *hiperalerta* aumenta objetivamente las posibilidades de sobrevivir a la segunda granada en un bombardeo; el entumecimiento afectivo permite sobrevivir aún dejando desangrarse a un ser querido al que un francotirador ha preferido herir mortalmente, evitando matarlo en el acto, precisamente para convertirnos en nuevo blanco al intentar socorrerlo; las imágenes intrusivas (no mucho más intrusivas que la realidad) permiten sostener este estado.

realizado frente a una (o muchas) pérdida(s). Tal modelo no sólo describe mejor la experiencia de los supervivientes de estas situaciones (que, sobre todo en el caso de la guerra o la violencia organizada, pero también en la violencia familiar, por ejemplo, no suelen ser circunscritas en el tiempo), sino que permite, a la vez, dar cuenta de sus dificultades para afrontarla (en la medida en la que los mecanismos individuales, interpersonales y comunitarios que intervienen en los procesos "normales" de duelo pueden estar destruidos o alterados por la misma situación *traumática*).

Por último, el esquema del duelo, concebido como un trabajo de elaboración, permite situar y entender la función de distintos elementos (recursos psicológicos, entorno interpersonal, contexto cultural y social...) a lo largo de un **proceso** y es útil para planificar intervenciones y asignar tareas en las mismas.

INTRODUCCIÓN Y DEFINICIÓN

Aunque es difícil establecer inequívocamente relaciones causa-efecto, numerosos estudios han relacionado las pérdidas de diverso tipo con alteraciones de la salud en general y en la salud mental en particular²²²⁻²²³⁻²²⁴⁻²²⁵⁻²²⁶⁻²²⁷⁻²²⁸⁻²²⁹

El conocimiento del fenómeno del duelo y de los medios de ayuda que pueden proporcionarse a las personas que enfrentan procesos de duelo es importante para las personas que tratan de mantener una relación de ayuda de cualquier tipo con otras que enfrentan o están en riesgo de enfrentar pérdidas importantes por diversos motivos. En primer lugar, porque es relativamente probable que les pase inadvertido o no le concedan importancia al hecho mismo de la pérdida o que no se establezca la relación entre ésta y algunas de las dificultades que puedan encontrarse en el intento de practicar la relación de ayuda. Por otro lado, el conocimiento de las características básicas del proceso de duelo normal faculta a quien pretende ayudar para realizar actuaciones que faciliten el que este pueda llevarse a cabo de un modo satisfactorio. El conocimiento de los factores que pueden ser causa de problemas posibilita actuaciones preventivas. El conocimiento del proceso de duelo normal y de sus posibles complicaciones evita el que se produzcan alarmas injustificadas o se realicen intervenciones innecesarias y hace posible que se actúe, en cambio, cuando sea verdaderamente necesario. Las situaciones de guerra, violencia y catástrofe están vinculadas a pérdidas específicas y a dificultades específicas para llevar a cabo el proceso de duelo, que deben ser conocidas por quien a trabajar con quien las enfrenta.

Existen buenas revisiones para no profesionales de la salud mental de los efectos sobre la salud mental en particular y la salud en general de los procesos de duelo y las dificultades para llevarlos a cabo²²²⁻²³⁰, incluida la consideración de aspectos específicos de distintos grupos etarios²²³⁻²³¹⁻²³², la pérdida de partes del cuerpo o de facultades²³³⁻²³⁴, la pérdida de relaciones²³⁵, o el trabajo con pacientes moribundos²³⁶⁻²³⁷. También se han propuesto procedimientos estructurados de formación como personal de ayuda en estas circunstancias²³⁸

En este texto llamaremos duelo al proceso por el que una persona que ha perdido algo importante para ella (una persona que ha muerto o de la que se ha separado, pero también otro tipo de objetos de vinculación como la casa, un animal de compañía, un trabajo, la salud o el empleo...) se adapta y se dispone a vivir sin ello.

Se trata de un proceso y no de un estado. La situación y las manifestaciones de la persona que lo atraviesa cambian a lo largo del mismo. Y se trata de un proceso en el que la persona está activamente implicada, realizando una serie de tareas necesarias para lograr esa adaptación, no de un cuadro que la persona sufre pasivamente. En este sentido retomaremos el concepto freudiano de *trabajo* de duelo²³⁹ y el modelo de duelo como proceso en el que se abordan una serie de *tareas* propuesto por Worden²³⁸.

El modelo de duelo, puede aplicarse a cualquiera de las pérdidas que un sujeto sufre a lo largo de su vida: la de una persona querida, pero también, la de un trabajo, la de una casa, la de la capacidad de realizar determinadas tareas debido a la edad o a una enfermedad, la de la salud, la de un miembro, la de la belleza, la juventud, la ocasión de demostrar la propia valía a través de los exámenes al dejar de ser estudiante... En algunas situaciones, como la guerra, lo mismo que en los desastres naturales, el sujeto puede sufrir en un corto periodo de tiempo multitud de pérdidas. En la situación de conflicto bélico o de violencia organizada, la tensión se prolonga, con frecuencia, durante mucho más tiempo y a la pérdida de personas se pueden sumar las de la casa, la del entorno cuando se hace necesaria la migración, la de rol y estatus social. Pero también se produce una honda pérdida de la confianza en el mantenimiento de la seguridad básica. Porque no solo se han podido vivir situaciones de amenaza de pérdida de la propia vida o la de las personas queridas sino que además éstas se producen de forma violenta y como consecuencia de la agresión de un ser humano a otro. Las situaciones que llamamos *traumáticas* en general, por puntuales que sean, conllevan, por definición, también esa pérdida de la seguridad básica porque lo que las convierte en tales es que son incompatibles con la visión del mundo que la sustenta para el sujeto al que afectan en particular.

El duelo plantea cuestiones fundamentales acerca de los vínculos que las personas establecemos entre nosotras y, en consecuencia, de cómo se hace posible la sociedad. En la guerra o en las catástrofes, el proceso es de destrucción de los lazos establecidos y el método por el que se llega a ello abrupto y traumático. El duelo es, al mismo tiempo, la tarea general de la sociedad y la particular de cada individuo que atraviesa esa trágica situación.

Revisaremos primero las concepciones más relevantes del proceso de duelo que se han sucedido en la historia de la psiquiatría. Posteriormente desarrollaremos una propuesta concreta para el trabajo en situaciones de duelo.

CONCEPCIONES DEL DUELO Y LA SALUD MENTAL

Las clásicas teorías de comprensión del duelo, la psicoanalítica y la de la vinculación, quizás tengan que aceptar modificaciones para abarcar la reacción emocional a las pérdidas que pueden acompañar la experiencia traumática.

Corresponde a Sigmund Freud el mérito de haber abordado el **duelo** como un **trabajo de elaboración** de los afectos dolorosos que siguen a la pérdida de un objeto amado²³⁹. Para la teoría psicoanalítica y de modo muy general, el duelo supone el proceso de retirada progresiva de la libido invertida en el objeto perdido y la preparación para reinvertirlo en uno nuevo. Tal y como lo expresa Freud en *Duelo y melancolía* el trabajo del duelo sigue los siguientes pasos. En primer lugar *"el examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado no existe ya y demanda que la libido abandone todas sus relaciones con el mismo"*. A continuación *"contra esa demanda surge una resistencia naturalísima pues sabemos que el hombre no abandona gustosos ninguna de las posiciones de su libido, aún cuando haya encontrado ya una sustitución"*. Según Freud *"...lo normal es que el respeto a la realidad obtenga la victoria"*.

Pero *"su mandato no puede ser llevado a cabo inmediatamente y sólo es realizado de un modo paulatino, con un gran gasto de tiempo y de energía psíquica, continuando mientras tanto la existencia psíquica del objeto. Cada uno de los recuerdos y esperanzas que constituyen un punto de enlace con la libido de objeto es sucesivamente sobrecargado, realizándose en él la sustracción de la libido.* Esto se debe a que durante el proceso *"la realidad impone a cada uno de los recuerdos y esperanzas, que constituyen puntos de enlace de la libido con el objeto, su veredicto de que dicho objeto no existe ya, y el Yo, situado ante la interrogación de si quiere compartir tal destino, se decide, bajo la influencia de las satisfacciones narcisistas de la vida a abandonar su ligamen con el objeto destruido"*. Por fin *"al final de la labor de duelo vuelve a quedar el Yo libre y exento de toda inhibición"*. El proceso de duelo normal se diferencia del que conduce a consecuencias morbosas como la melancolía (y la manía) en que en este caso por un lado la relación del objeto estaba complicada por una ambivalencia que impide que la batalla entre afectos ligados al objeto se haga consciente, y por otro en que en estos casos se da una regresión (narcisista) de la libido al Yo.

Como queda dicho, la patología asociada al duelo para el psicoanálisis descansa mucho en factores de predisposición personal y el mantenimiento de una relación de ambivalencia con la persona perdida. Para otros autores psicoanalíticos como Klein, las personas que sufren duelos patológicos nunca han conseguido superar con éxito la posición depresiva que constituye una etapa del desarrollo infantil normal, o establecer una buena relación objetal que les permita sentirse seguros dentro de su mundo interno. En las situaciones que llamamos *traumáticas*, el fracaso para sentirse seguros ocurre en el mundo interno y en el externo, a la pérdida masiva de relaciones significativas y de red de apoyo social, que se puede dar, por ejemplo, en una situación de guerra o catástrofe, se suma la pérdida, que volveremos a discutir más adelante, de seguridad y predictibilidad del futuro.

Un modelo de duelo de base psicoanalítica que ha tenido gran influencia es el desarrollado por Enrich Lindemann²⁴⁰ que sirvió de base a toda la estrategia de prevención primaria mediante la intervención en crisis propuesta por Gerald Caplan²⁴¹ sobre la que, a su vez, se desarrolló todo el movimiento de salud mental comunitaria americano de los años 60. Según Lindemann el duelo agudo constituye un síndrome que se caracteriza por 1) malestar somático (síntomas respiratorios, debilidad y síntomas digestivos), 2) preocupación por la imagen del difunto, 3) culpa, 4) reacciones hostiles y 5) desestructuración de la conducta (como síntomas patognomónicos) que pueden acompañarse de la 6) aparición de rasgos o características del muerto en el comportamiento del doliente. Lindemann describe el curso del duelo normal y las posibles intervenciones de salud mental para facilitararlo. Describe también reacciones de duelo patológicas (duelo diferido, diversas formas de duelo distorsionado) que pueden aparecer si el proceso no se lleva a cabo en condiciones.

En la teoría de la vinculación, la otra gran teoría explicativa del duelo, Bowlby²⁴²⁻²⁴³⁻²⁴⁴ integró conceptos analíticos y etológicos. El duelo se consideró como la extensión de una respuesta general a la separación. El concepto de un "instinto de vinculación" explicaba las respuestas tan universales de sufrimiento ante la separación. Aunque inicialmente sus ideas enfatizaron el papel protector de un adulto, usualmente la madre, para el niño en edad de dependencia, la teoría se amplió para incluir el mantenimiento de relaciones de refuerzo mutuo en la vida adulta. El duelo fue considerado, entonces, como una forma de ansiedad de separación en la edad adulta en respuesta a la ruptura de una relación de vinculación. Para Bowlby el duelo en sujetos sanos dura con frecuencia más tiempo del que se ha sugerido y muchas respuestas consideradas patológicas eran comunes en sujetos sanos. La teoría de la vinculación también relaciona las manifestaciones de duelo patológico con las experiencias

infantiles del sujeto y con el patrón de vinculación con los padres. Los sujetos que habían sufrido un paternaje patógeno eran especialmente vulnerables.

Los modelos derivados de la teoría psicoanalítica y de la vinculación han continuado dominando las conceptualizaciones actuales, mientras que constructos sociológicos, cognitivos o etológicos tienen menos presencia en los intentos de comprensión del fenómeno.

Desde estos modelos de duelo se ha descrito procesos más ajustados a un patrón *normal* y reacciones que entrarían dentro de lo que podría considerarse como duelo *patológico*. Así, Parkes²²², desde la teoría del vínculo identificó tres formas principales de duelo patológico: *duelo crónico*, que supone una prolongación indefinida del duelo con exageración de los síntomas, *duelo inhibido* en el que la mayoría de los síntomas del duelo normal están ausentes y *duelo diferido*, en el cual las emociones que no hicieron su aparición tras la pérdida se desencadenan por otro acontecimiento posterior.

En un artículo en el *American Journal of Psychiatry*, Horowitz y colaboradores²⁴⁵ proponen la inclusión en el DSM de una categoría para *trastorno de duelo complicado* que se caracterizaría por la presencia, 14 meses después de una pérdida, de síntomas intrusivos (recuerdos o fantasías, accesos de emoción intensa, añoranza insoportable), de evitación (de lugares y personas que recuerdan al ser perdido, pérdida de interés o reacciones maladaptativas en el trabajo, familia...) o incapacidad para adaptarse (con sentimientos de soledad y vacío y alteración del sueño).

Definir un *duelo trastornado* es difícil aún en ausencia de acontecimientos o situaciones *traumáticas*. Autores como Eisenbruch han discutido la legitimidad de tal intento ante la variedad de respuestas a la pérdida puestas en marcha por diferentes culturas²⁴⁶. Este autor ha señalado otro hecho de importancia central. Los rituales de duelo no representan sólo un procedimiento de apoyo para el miembro de la comunidad que ha sufrido la pérdida. Según su propuesta los rituales de duelo tienen la función primordial de estructurar a una comunidad que ha sido amenazada por la muerte. En condiciones normales la muerte de un miembro da cuerpo a la familia, al grupo de amigos, al de correligionarios políticos, al de compañeros de trabajo²⁴⁶...Las dificultades para llevar a cabo estos rituales en las situaciones de guerra o en las sociedades afectadas por acontecimientos *traumáticos*, tienen no sólo repercusión sobre el sentir de los individuos supervivientes, sino sobre la posibilidad misma de reorganizar la vida social para la paz o la *normalidad*.

En una revisión reciente Pérez Sales²⁴⁷ critica desde una perspectiva transcultural las ideas, provenientes de Bowlby sobre la universalidad del duelo. Revisa estudios que permiten sostener que las emociones son construcciones culturales (Por eso las expresiones utilizadas para referirlas carecen, con frecuencia de equivalentes en otros idiomas) y no respuestas biológicas universales. “La cultura – dice – no colorea la emoción, sino que la antecede y determina”. Considera, en base a una exhaustiva revisión de lo publicado al respecto, que tanto la pretensión de que los rituales de duelo tienen como objetivo cuidar del superviviente y no se realizan en beneficio del fallecido, como la de que el proceso psicológico que sigue a la pérdida (*grief*) es universal y el rito o acto colectivo que lo facilita (*mourning*), viene determinado por la cultura, representan una visión etnocéntrica del duelo que extrapola abusivamente lo aceptado en la cultura dominante euronorteamericana y contradice la experiencia de otras culturas. Para este autor, en definitiva, la muerte, evoca respuestas emocionales determinadas por las experiencias del sujeto a la luz de las concepciones culturales y no hay un patrón universal de respuesta a una pérdida, por lo que no pueden establecerse criterios de normalidad universales.

El papel que éstas asunciones abusivas señaladas por Pérez Sales puede jugar en las ideas acerca del duelo de los terapeutas o asesores y en sus modos de proceder ha sido revisado exhaustivamente por Wortman y Silver²⁴⁸, en un brillante trabajo que actualiza su estudio clásico²⁴⁹. Según estas autoras, buena parte de las asunciones generalmente aceptadas sobre el duelo en el mundo euroamericano, no sólo carecen de base empírica, sino que han sido contradichas por una buena cantidad de estudios de campo. Entre ellas se encuentran la idea de que las emociones positivas están necesariamente ausentes en los sujetos en duelo, que la no aparición de afectos dolorosos es indicadora de problemas, que la culminación con éxito del proceso requiere una suerte de *elaboración* (*working through*), que el mantenimiento del apego a lo perdido es algo patológico y que en un período de uno o dos años, el sujeto se recupera de la pérdida, ideas a las que se refieren como los “mitos sobre el manejo de la pérdida”. La revisión de la base empírica de su crítica, se sigue de una serie de recomendaciones para la clínica que en definitiva, se traduce en la necesidad de *personalizar* la intervención, preguntándose con el doliente cuáles son los motivos por los que el afecto doloroso puede no aparecer (puede ser porque la pérdida suponga un alivio respecto a la relación preexistente, porque la pérdida haya podido ser integrada en la visión del mundo del superviviente o por otros motivos a investigar), investigando por qué motivos alguien expresa sentimientos negativos (por tener mayor facilidad para este tipo de expresión, porque la pérdida despierta más cuestiones existenciales...), o cuáles son las condiciones concretas y el significado personal de posible proceso de *elaboración* por parte de cada doliente concreto.

EL ENFOQUE CONSTRUCTIVISTA

Desde el punto de vista del constructivismo social el duelo es un proceso emocional y cómo tal tiene que ver con cómo las personas construyen los acontecimientos que ocurren alrededor suya²⁵⁰. Dicha construcción depende de creencias y valores propios de la cultura, ya que se asume que no existe un "programa de conducta" innato, independiente de dichos valores culturales. Además, el propio estado emotivo refuerza las propias creencias culturales y éstas, a su vez, modelan la forma en la que se expresa la emoción. Las asunciones anteriores no niegan la importancia de determinantes biológicos o psicológicos, lo que se rechaza es la posibilidad de comprender de modo independiente los diferentes niveles^{251,252}.

El duelo es el proceso por el que quien lo realiza es capaz de reconstruir su mundo (y, por tanto a sí mismo) sin el objeto perdido. Se trata de dotar de un nuevo sentido a los elementos con los que el sujeto (en una operación que es del orden de la narración) debe construir su realidad. Este proceso integra cuatro elementos que se corresponden con las tareas enunciadas por Worden²³⁸:

- 1) Construir un mundo sin el objeto perdido,
- 2) dar sentido a los sentimientos asociados a la pérdida e integrarlos en la propia biografía,
- 3) encontrar la forma de resolver prácticamente aquellas tareas para cuya ejecución nos valíamos del objeto perdido y
- 4) ser capaces de experimentar afectos semejantes a los que anteriormente se orientaban al objeto perdido hacia otros objetos, lo que, precisamente, supone no la reorientación de un afecto que queda *vacante*, sino la construcción de un nuevo

mundo, que es un mundo *sin* el objeto perdido, pero que es capaz de albergar objetos dignos de ser amados.

Las situaciones que solemos calificar de traumáticas, como la guerra son quizás en las que se da con más intensidad la discrepancia entre el mundo "que es" y el mundo "que debería ser". Efectivamente ese mundo interno es individual y por ello, el duelo también se experimenta como un proceso emocional individual y único. La guerra, las catástrofes, la violencia organizada o doméstica, colocan a las personas que las sufren como víctimas, en la necesidad de emprender una revisión profunda y radical de sus presupuestos sobre el mundo, que sin duda afectarán a muchos aspectos de la vida: por ejemplo, asunciones sobre la persona ("he de enseñarle a mi hijo a sobrevivir", "lo más importante es que no se deje engañar"), sobre las relaciones entre las personas ("el que da primero da dos veces"), sobre la sociedad ("no hay que esperar nada bueno de ella") y en general sobre el mundo externo que se ha vuelto impredecible, en el que ya no hay nada seguro. Además, sus consecuencias tienen implicaciones a muy largo plazo y se suele producir en periodos prolongados de tiempo.

LA REACCIÓN DE DUELO

Se han propuesto repertorios de *fenómenos* o *síntomas* que suelen estar presentes en los procesos de duelo. El cuadro 1 presenta un ejemplo de éstos. Se trata de repertorios que son útiles en la medida en la que permiten que el clínico tenga constancia de que cualquiera de ellos puede formar parte de un proceso de duelo normal, y que pueda obrar en consecuencia, evitando intromisiones innecesarias y, en ocasiones tranquilizando al doliente y a su familia o su comunidad, respecto a algunos fenómenos que, a veces, se viven como muy amenazantes (como los fenómenos de presencia o los momentos de anestesia o descontrol emocional). El inconveniente de estos repertorios es que pueden transmitir la idea de un especie de cuadro fijo y hacer olvidar que el duelo es un proceso, con una historia, en la que unos y otros se suceden o se simultanean.

CUADRO 1: MANIFESTACIONES CORRIENTES DEL DUELO (Modificado de Worden 1991)

Sentimientos:

Tristeza, rabia (incluye rabia contra sí mismo e ideas de suicidio), irritabilidad, culpa y autoreproches, ansiedad sentimientos de soledad, cansancio, indefensión, shock, anhelo, alivio, anestesia emocional...

Sensaciones físicas:

Molestias gástricas, dificultad para tragar o articular, opresión precordial, hipersensibilidad al ruido, despersonalización, sensación de falta de aire, debilidad muscular, pérdida de energía, sequedad de boca, trastornos del sueño....

Cogniciones:

Incredulidad, confusión, dificultades de memoria, atención y concentración, preocupaciones, rumiaciones, pensamientos obsesivos, pensamientos intrusivos con imágenes del muerto...

Alteraciones perceptivas

Ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales, generalmente transitoria y seguidas de crítica, fenómenos de presencia...

Conductas:

Hiperfagia o anorexia, alteraciones del sueño, sueños con el fallecido o la situación, distracciones, abandono de las relaciones sociales, evitación de lugares y situaciones, conductas de búsqueda o llamada del fallecido, suspiros, inquietud, hiperalerta, llanto, visita de lugares significativos, atesoramiento de objetos relacionados con el desaparecido...

Esta característica de ser un proceso se resalta en los modelos de duelo que presentan éste como una sucesión de *fases*. Nosotros, como Worden²³⁸ preferimos hablar de "tareas" y no de estadios como Kübler-Ross²⁵³ o de fases como Parkes²²², porque el concepto de tareas implica una actitud más activa por parte del sujeto y de su entorno, y no un mero pasar por distintas etapas y, además, porque no se presta al equívoco de pretender que hay un determinado orden preferible o *sano* en el que deberían sucederse las cosas y permite moverse mejor a través de las diferencias individuales, que pueden ser muy variadas en función de las características personales del doliente, la naturaleza de la relación con lo perdido, o el contexto en el que se produce la pérdida y la supervivencia.

Los modelos estructurados en **fases** tienen la ventaja de describir bien situaciones concretas. En la *fase de shock*, el desconcierto es profundo y el sujeto atraviesa una situación durante la cual la tarea más importante es la de "aceptar la realidad" de lo que está ocurriendo.

Sergio es un estudiante de 14 años que conducía, de vuelta a casa después de una fiesta un coche que sufrió un accidente del que él salió con heridas leves pero en el que murió su hermano, dos años mayor. Mientras le curaban, Sergio mantenía la vista perdida en el vacío y parecía no enterarse de las manipulaciones e que era objeto, ni enterarse de si le hablaban. Cuando la enfermera le preguntó si necesitaba algo dijo que avisaran a su hermano. Cuando le repitió que, desgraciadamente, su hermano había perdido la vida en el accidente, sin cambiar el gesto de perplejidad, musitó "¡Ah, es verdad!". Un rato después se levantó diciendo que quería devolverle el teléfono móvil a su hermano, que se lo había dejado a él porque le molestaba para bailar en la fiesta

Una joven bosnia musulmana nos relató como, al inicio del conflicto ente croatas y musulmanes en la ciudad bosnia de Mostar, fue desplazada a punta de pistola de su casa por sus vecinos croatas de la zona Oeste. Agrupada con otros musulmanes delante del emblemático puente de la ciudad, tuvo que correr bajo las balas croatas atravesándolo, para llegar a la zona Este, musulmana. Una vez allí, separada de su familia, sin casa, ni personas a las que recurrir, pasó días vagando por las calles, en un estado de embotamiento e incredulidad del que le era imposible salir.

En la *fase de protesta*, el sujeto realiza esfuerzos intensos por mantener contacto con el fallecido o lo perdido.

En el mismo conflicto, otra mujer, participante en uno de los talleres, contaba cómo en las primeras semanas del comienzo de la guerra en Mostar, se arriesgaba diariamente bajo el fuego de las granadas para contemplar desde la otra orilla de la ciudad la que había sido su casa durante veinte años.

Cuando llevaron a Carla a la consulta hacía seis semanas que su hijo había muerto en un accidente de coche. Carla había conservado la ropa que su hijo había dejado para lavar el día anterior y pasaba la mayor parte del día encerrada en su cuarto con ella aplicada a la nariz, porque eso le permitía recuperar la presencia de su hijo por el olfato.

Antonia, que siempre había manifestado su desprecio por esas prácticas, después de unos días en los que alternaba la perplejidad y el llanto incoercible, consultó a un medium que le garantizó que le podía poner en contacto con el espíritu de su amante, muerto de cáncer.

En la *fase de desesperanza*, es frecuente la conducta desorganizada, con un sentimiento de indefensión y depresión, hasta que el superviviente se consigue adaptar a la realidad de la pérdida.

En el "psiquiátrico" que se improvisó en un refugio nuclear de la ciudad bosnia de Mostar, conocimos a una mujer que había ingresado hacía meses, en un profundo

estado depresivo. Su única hija había fallecido unos años antes y su pérdida marcó su vida de modo muy importante. Ayudada por sus vecinas y otros familiares, Amila consiguió seguir adelante, pero cuando se inició la guerra, los sentimientos de tristeza, desesperanza e indefensión se hicieron tan intensos, que ingresó en una situación de abandono e incapacidad de cuidar de sí misma.

Cuando, por fin, Olivia logró convencerse de que su hijo se había quitado la vida, decidió que para vivir así, no valía la pena molestar, abandonó el trabajo, se negó a recibir a las amigas y no quería salir de la cama. Decía que sólo la cobardía le impedía hacer lo mismo que había hecho él.

La última fase que se describe es la de *reorganización* que tiene como consecuencia el reestablecimiento de nuevas relaciones.

Leonardo, que estaba realizando una carrera brillante como violinista, abandonó la música y toda actividad gratificante, repetía continuamente que un cojo no tenía nada que hacer en un mundo como este, y comenzó a beber desafortunadamente. Su recuperación no supuso el que olvidara que era cojo (lo que, desde luego le hubiera supuesto graves problemas, sino el que pudiera admitir que, el serlo, no le tenía por qué impedir seguir disfrutando de la música y de su interpretación.

En la guerra, en las situaciones de catástrofe o en los entornos deteriorados por acontecimientos traumáticos, este proceso está impedido por la propia situación. Aunque es llamativo comprobar cómo un par de tardes de tranquilidad en medio del desastre, animan a las personas no solo a cubrir una necesidad tan básica como la búsqueda de alimentos, sino otras también necesarias para la supervivencia, como son las de relación y afiliación.

Aunque la consideración de estas *fases* ayuda a identificar fenómenos y nos acerca a la comprensión de los procesos de duelo, a nosotros nos ha resultado más útil un modelo del proceso de duelo que, como el que propone Worden (1991), se base en la consideración de un conjunto de **tareas** que, en uno u otro orden deben ser llevadas a cabo por el sujeto doliente. Consideramos, en lo que sigue, el duelo y las posibles intervenciones sobre él como un trabajo de elaboración de narrativas. Revisaremos a continuación las tareas propuestas por este autor.

EJERCICIO 1

Todos los seres humanos a lo largo de la vida tenemos que enfrentar pérdidas de personas o cosas que son más o menos significativas, esto es universal y común para todos. Lo que es diferente es la manera de reaccionar a dichas pérdidas, que es peculiar para cada persona. Estas diferencias pueden deberse también al grupo étnico o cultural al que pertenezcamos. Te pedimos que reflexiones sobre tu manera y la del grupo social al que perteneces de enfrentar las pérdidas.

Tómate un tiempo para realiza el ejercicio:

Trae a tu imaginación una pérdida que hayas tenido en el pasado (puede ser un fallecimiento, una separación temporal o definitiva, un cambio de trabajo o de domicilio, un proyecto al que hayas tenido que renunciar, etc.). No hagas este ejercicio con una pérdida muy significativa o traumática reciente ni si piensas que te va a hacer sentir especialmente mal.

Trata de responderte a las siguientes preguntas con la mayor sinceridad. Si te resulta más fácil puedes hacer este ejercicio con alguien de confianza e intercambiar con ella vuestras experiencias diferentes. Lo que te pedimos es que explores un poco en las sensaciones y vivencias referentes a tus propios duelos, de manera que puedas encontrar en tu experiencia puntos en común con las personas que atraviesan duelos en la actualidad y que solicitan tu ayuda.

- ¿Qué emociones recuerdas haber tenido? ¿Alguna de ellas te resultó más difícil que otras de soportar?
- ¿Recuerdas algún periodo o momento especialmente difícil o doloroso después de la pérdida?
- ¿Aún hoy, al recordar aquella pérdida, puedes sentir alguna de aquellas emociones? ¿Sientes tristeza?
- Piensa en cómo reaccionaron las personas de tu entorno. ¿Hay algo de lo que hicieron/dijeron que te sirvió en aquel momento para sentirte mejor?. Por el contrario: ¿Algo de lo que hicieron/dijeron o no hicieron/dijeron estas personas te hizo sentirte mal (incomprendida, exigida, culpable, desesperanzada)?

tarea 1: aceptar la pérdida del objeto

La tarea de constatación de la pérdida del objeto es condición de posibilidad del trabajo de duelo. El fracaso en la misma puede tomar formas diversas que van de la sensación de irrealidad o simple negación de las evidencias (muy frecuentes en los primeros momentos de cualquier duelo), a la producción alucinatoria del objeto perdido. En todas las culturas existen procedimientos para ayudar al doliente en esta tarea. En la nuestra se vela el cadáver, se celebran funerales de cuerpo presente en los que el oficiante se refiere al difunto en pasado al igual que los conocidos, que pasan al terminar la ceremonia a dar el pésame a los familiares; cada familiar arroja su puñado de arena sobre el ataúd que espera en la fosa a ser cubierto, hay una forma especial de tañer las campanas, se visitan y se llevan flores a las tumbas y existe la tradición del luto que - entre otras cosas - hace presente la pérdida. Tras estas ceremonias el doliente vuelve a la casa, y la cultura y hasta la reglamentación laboral le proporcionan un tiempo para hacerse a la idea de la pérdida.

El duelo de la reina Victoria de Inglaterra tras la muerte del príncipe Alberto a los 42 años en 1861 suscitó un gran interés en los historiadores de la Psiquiatría. La reina mantuvo durante años después de su muerte los objetos personales y los enseres del príncipe en la misma situación que la noche que él murió. Hacía renovar diariamente los objetos de aseo del príncipe en lo que se podría considerar una especie de ritual cuyo objeto era la negación de la muerte de su esposo.

El Dr R es llamado a interconsulta en el hospital general por uno de los cirujanos. Se trata de valorar a Javier que es un joven de 19 años a quien se le ha amputado una pierna hace veinte días tras un grave accidente de coche en el que conducía el paciente y falleció un amigo de éste. Javier siente con intensidad la forma de su pierna perdida y el tacto de ésta. Los médicos y su familia le han explicado varias veces como ocurrió el accidente y las funestas consecuencias que tuvo para su amigo. Están sorprendidos porque Javier responde mostrando su disgusto por tener que retrasar las vacaciones que iban a emprender juntos y por tener que ser escayolado (en la pierna amputada).

En la guerra y en otras situaciones de emergencia, los mecanismos que facilitan esta tarea pueden estar en suspenso. El cadáver de un hijo o un cónyuge puede haber quedado sepultado ente los escombros de la vivienda bombardeada que los supervivientes han tenido que abandonar para buscar refugio a muchos kilómetros. O el entierro del padre víctima de la metralla ha de *celebrarse* saliendo por la noche con una pala, silenciosamente para no llamar la atención de los francotiradores, en un parque o solar próximo a la casa arruinada. Además toda la energía de la persona que ha sufrido la pérdida es inmediatamente reclamada para llevar a cabo la nada fácil tarea de sobrevivir en las condiciones de guerra. A esto hay añadir que todas las otras referencias a la *normalidad* de la que el objeto desaparecido está ausente pueden haber desaparecido también^a y en esta situación se produce un sentimiento de irrealidad ("*esto no puede ser verdad*") casi fisiológico. Es frecuente encontrar personas que dicen *saber* que su hijo o su cónyuge están vivos a pesar de la notificación de lo contrario por parte de las autoridades militares (que se refieren, quizás, a fosas comunes o cadáveres no recuperados).

Facilitar esta tarea supone proveer un entorno relativamente seguro para considerar la pérdida, una cierta *normalidad* con la que contrastarla y algo semejante a un rito en el poder darle existencia social (a veces una carta a familiares exilados ha cumplido este papel). Y supone, sobre todo, poder nombrar la pérdida, poder hablar de ella.

tarea 2: experimentar las emociones vinculadas a la pérdida

La pérdida de un objeto importante conlleva siempre la eclosión de fuertes emociones. Está la tristeza, pero también, a veces, la rabia, la culpa, el despecho, el alivio, el miedo, la envidia o el resentimiento. Nuestra cultura nos proporciona en tiempos de paz instrumentos para facilitar la experiencia y la expresión de esos afectos y para hacer balance. Manifestaciones proscritas en otras situaciones son facilitadas en velatorios y funerales por la creación de un clima propicio que puede incluir hasta la contratación de plañideras. La comunidad puede facilitar la dedicación del doliente (quizás marcado por el luto para facilitar su identificación como tal) a esta experiencia eximiéndole de obligaciones sociales que

^a ¿Cuántas veces hemos oído, en condiciones de paz cosas como "*Verdaderamente, no me di cuenta de que faltaba hasta que vi la cama sin él (o su despacho vacío, o el armario con la ropa que no volverá a ponerse..)*"? La pérdida de un ser querido en la guerra puede haber sido simultánea o inscribirse en la sucesión de la pérdida de la casa, las pertenencias, la ciudad, el trabajo...

podrían distraerle de un trabajo de metabolización que requiere su tiempo y unas ciertas condiciones para ser llevado a cabo. Los allegados facilitan el trabajo de balance "a pesar de todo era muy bueno", "ha dejado de sufrir", "a su modo, él nos quería"... En condiciones de guerra, a veces, pararse a llorar puede significar la muerte propia y la de las personas que dependen de uno. La aparición de la ambivalencia o los sentimientos de culpa o alivio ("fue él y no yo") son tanto mas frecuentes cuanto mas lo han sido las estrategias psicológicas encaminadas a hacer que las víctimas se hayan visto forzadas a comportamientos que podrían ser calificados - por ellas mismas - como cobardes o traidores. En condiciones *normales* el fracaso en contactar con sentimientos genuinos en las primeras fases se considera un predictor de complicaciones en el proceso de duelo. Posponer esta tarea puede ser, sin embargo, una estrategia de afrontamiento que puede ser válida en situaciones de gran desestructuración por la guerra, la violencia o las catástrofes.

En un grupo terapéutico que lideraba un psiquiatra musulmán y al que acudíamos como observadores durante la guerra en la ciudad bosnia de Mostar, una mujer bosnia que había perdido a sus hijos y a su marido en los primeros meses de la guerra y había pedido consulta por problemas somáticos abigarrados, se quejaba mostrando su enojo porque, al volver a empezar a salir a la calle tras los bombardeos, la gente pasaba ante ella atenta a trivialidades y hasta contenta, sin darse cuenta de lo que ella tenía que afrontar. "Los que hemos vivido algo así deberíamos llevar un letrero en la frente, para que los demás lo supieran". Nos pareció a los españoles que aquello era una invitación a hablar de los sentimientos de soledad y desamparo que sufría aquella mujer frente al dolor por la pérdida de toda su familia. Se nos adelantó el psiquiatra local diciendo "¿Un letrero en la frente? ¿Que quiere usted? ¿Que la tomen por loca?". Nuestro colega sabía que aquella mujer que vivía sola en unas ruinas y aún bajo la amenaza de los morteros serbios carecía - a pesar del grupo - de los soportes mínimos para afrontar con garantías este trabajo.

Malik, un inmigrante bosnio, comenzó a sentir sensación de ahogo y tristeza intensa, meses después de terminado el conflicto bélico. Dos años antes, en pleno enfrentamiento, su mujer había sido abatida por las balas de un francotirador cuando caminaban juntos por su ciudad. Entonces hubo que enterrarla rápidamente, por la noche, sin esperar a la llegada de sus hijas que estaban fuera, con prisas, enfrentando al día siguiente otro terrible día en el que las tareas prioritarias eran las de la supervivencia.

Desde luego que son de utilidad las estrategias que se recomiendan en los manuales de *counselling* para facilitar esta tarea (nombrar las emociones, distinguir entre emociones o impulsos y actuaciones - únicas de las que uno es responsable - escuchar aceptando, sin recriminar...). Lo que afirmamos es que son inviables si no se da el marco de seguridad física e interpersonal en el que puedan llevarse a cabo y que, por tanto, procurar éste es **ya** trabajar sobre el proceso de duelo.

Joaquín es un paciente de 23 años que en el transcurso de una mañana de trabajo normal como impresor, comienza a presentar fuertes mareos. Tras varios días con esta sintomatología fue dado de baja laboral y se inició un estudio neurológico que, una vez finalizado, no reveló alteraciones a ese nivel. Su ánimo no era triste sino aparentemente preocupado por la posibilidad de padecer un tumor cerebral. Fue derivado a Psiquiatría dos meses más tarde tras haber presentado una crisis de angustia, interpretada por el médico de cabecera como consecuencia de la tensión nerviosa que el paciente sufría ante el TAC craneal que unos días más tarde estaba previsto. Al inicio de la entrevista, el paciente estaba muy inquieto, ante la posibilidad de la enfermedad física. Relata sus síntomas del día anterior como dificultad respiratoria y sensación de muerte inminente. Cree que está preocupado como estaría cualquier otro en su situación, pues no se considera una persona aprensiva. Al interrogar por cambios en las relaciones significativas en los últimos tiempos, Joaquín

relata la muerte de su novia diez meses antes. Tres años antes había sido diagnosticada de un tumor de piel. Había abandonado las revisiones, considerándose, por su cuenta, curada. Un año antes de su muerte, comenzó a presentar mareos, a los que su médico de cabecera no concedió especial importancia. Ante el agravamiento de la sintomatología se le hizo un TAC craneal que demostró la existencia de múltiples metástasis. Hasta la muerte de su novia, Joaquín se hizo cargo totalmente de su tratamiento y de la relación con los médicos. La familia de su novia se apoyó también en él evitando una tarea que les resultaba muy penosa. Los últimos meses habían sido de una gran sobrecarga para Joaquín, que simultaneaba el trabajo en su empresa con el cuidado de la novia cada día más invalidada y consumida. Después de la muerte de su novia, Joaquín confiesa un sentimiento de gran liberación. Tras cumplir con todos los ritos, contactó de nuevo con sus amigos y se propuso volver a la vida normal. Salía todos los días, buscaba compañía de mujeres tanto dentro de su entorno como de prostitutas y comenzó a beber abusivamente. Él mismo se sorprendía de “lo bien que había reaccionado a la muerte de su novia”. Sus amigos y su familia también. Unos meses más tarde comienza con el cuadro de mareos. Durante las primeras entrevistas fue capaz de ir conectando sus síntomas con los sentimientos no elaborados tras la muerte de su novia

tarea 3: capacitarse para desenvolverse en el mundo sin el objeto perdido

Normalmente nos repartimos las cargas de la vida con las personas con las que mantenemos relaciones estrechas. Cuando nos faltan estas personas, a veces, no somos capaces de afrontar problemas básicos. A la tristeza del viudo puede unirse el justificado sentimiento de incapacidad para llevar una vida autónoma que le obligaría a enfrentar tareas (compra, cocina, limpieza, educación de los hijos...) que nunca realizó. En condiciones de paz las redes sociales y familiares de los afectados se modifican para ayudarles en tanto se capacitan para desempeñar nuevos roles. En ocasiones extremas mecanismos institucionales (pensiones de viudedad, asilos, orfanatos...) hacen que la sociedad en su conjunto asuma las cargas que los supervivientes no pueden soportar por sí solos.

Josefina perdió a su marido hace tres años, después de una corta enfermedad. Según cuenta ella misma, el marido era un hombre de gran decisión, de ideas muy claras, que dirigía la marcha de la economía de la casa y el futuro educativo de los hijos. Josefina tuvo con él una buena relación durante dieciocho años, en los que aprendió a admirar su capacidad de trabajo y energía. Ella se define a sí misma como pusilánime y apocada. Tras la muerte de su marido, la hija de ambos de quince años por entonces, empezó a ir mal en el colegio, a salir con mucha más frecuencia que antes, sin respetar los horarios que su madre le marcaba y a llegar a casa bebida o bajo el efecto de alguna otra sustancia. Los escándalos que la hija organizaba al volver a casa en malas condiciones, obligaban a Josefina a llamar a su cuñada, que vivía dos pisos más arriba, y era una mujer de gran carácter, respetada por la hija. Desde hace dos años, la cuñada de Josefina se hace cargo de las cuentas de la casa y de la orientación educativa de la hija. Josefina sale a trabajar unas horas fuera de casa, mientras que en su hogar se muestra inactiva y apática, abandonando sus tareas habituales.

En la guerra, las catástrofes o las comunidades afectadas por acontecimientos traumáticos, las redes sociales pueden estar pulverizadas, la familia disgregada y los mecanismos institucionales desaparecidos. La parentoriedad de la situación, la amenaza a la supervivencia hace, sin embargo, que esta tarea, que en condiciones normales requiere un largo tiempo de adaptación, se acometa necesariamente desde el primer momento. Personas que aún se sorprenden si les dicen que su familiar ha muerto o que su casa ya no existe y que viven en un sentimiento de irrealidad permanente, personas que malamente han podido sentir nada hacia pérdidas que apenas han llegado a percibir, pueden jugar un papel clave en la

organización de una columna o un campo de refugiados. Es más fácil que las redes sociales se reconstruyan en primer lugar con esta finalidad.

*De acuerdo con esta percepción en el Programa de Salud Mental de Médicos del Mundo en Mostar, por ejemplo, los **grupos de reconstrucción** se constituyeron como grupos de actividad (idiomas, cocina, bisutería...). Cuando el grupo se ha constituido en entorno suficientemente seguro, las otras tareas (el recuerdo de los muertos, la evaluación de las pérdidas, el dolor...) pueden ser facilitadas por él.*

tarea 4: recolocación de lo perdido de modo que no impida el investimento afectivo de otros objetos

La culminación de esta fase supone, de hecho, la terminación del trabajo de duelo. Como ya señalábamos anteriormente no se trata de redirigir hacia un nuevo destino un afecto que de algún modo el objeto perdido ha dejado *vacante*. Cuando - excepcionalmente - algo así sucede tras una pérdida importante, lo que se produce es, precisamente, la evitación del proceso de duelo. Lo que desaparece con el objeto que se pierde es un mundo habitado por él, y el doliente queda en un mundo en el que no le cabe concebir la posibilidad de amar a otro objeto (tal amor adquiriría, en todo caso, significado *respecto al* objeto perdido - por ejemplo como *traición*). Lo que culmina esta fase es la construcción de un mundo, que es un mundo que tiene sentido aunque no contiene al objeto perdido, y que puede ser habitado por objetos dignos de ser amados. No es un proceso corto y los aparentes atajos suelen derivar en complicaciones. Worden (1991) dice que desconfía de los procesos que duran menos de un año y que no es tan raro que requieran dos.

Carmen acude a la consulta de un psiquiatra buscando apoyo por sentimientos de intensa angustia que se han presentado pocas semanas antes de su próxima boda. Durante la primera entrevista relata que éste sería su segundo matrimonio. El primero terminó con la muerte de su marido tras una larga y penosa enfermedad. La relación con él se había iniciado en la adolescencia, de modo que ambos habían sido la única pareja para el otro. Su matrimonio duró cuatro años, antes de la enfermedad que terminó con la vida de su marido. Recuerda esos años como de una gran armonía entre ellos y recuerda el periodo de la enfermedad como de gran sufrimiento, pero también de una íntima comunicación. Pudieron hablar muy abiertamente de la muerte que se avecinaba y del futuro de Carmen sola, más allá de la muerte del marido. Cuando éste falleció, Carmen sintió primero un gran alivio, seguido de una profunda tristeza que arrastró durante meses, si bien continuó con su trabajo y su vida social. Durante los años que pasaron después del fallecimiento del marido, Carmen hizo obras en la casa, para adecuarla mejor a sus necesidades sola. La vida volvió a tener sentido para ella y empezó a mantener una relación muy satisfactoria con el hombre con el que está apunto de casarse. En estas últimas semanas, el recuerdo de su primer marido se ha intensificado junto con un sentimiento de traición que ella entiende que es irracional.

Las situaciones a las que aquí nos referimos no facilitan objetos amorosos alternativos. Pero, algunas, como la guerra, si son pródigas en fetiches que requieren toda la energía que uno es capaz de generar. A veces es la ayuda a otras víctimas, a veces la salvación. de personas mas débiles que dependen de uno, pero sobre todo cosas como la patria, la victoria, los nuestros o la venganza son candidatos idóneos para ocupar ese lugar.

Llegado un momento de nuestro trabajo durante la guerra de Bosnia, los mandos de la Armija decidieron que era mejor que no trabajáramos con los soldados. En su lógica los soldados no tenían que sentirse bien, ni que pensar en nada. Los soldados tenían que estar listos para combatir y aniquilar al enemigo. Todo el esfuerzo de la instrucción militar se encaminaba a conseguir que cualquier otra cosa se resolviera en esa. "Buena falta nos hará vuestra ayuda -nos dijeron -precisamente cuando todo esto acabe" . Los mandos de la Armija - buenos amigos que nunca pensaron que iban a verse como militares - tenían razón. La desmovilización ha dejado, de nuevo todo el sufrimiento carente de sentido. Y los que pudieron dejar de ser víctimas desvalidas porque fueron aclamados como héroes, vuelven hoy como simples mutilados, como parados, como molesto recordatorio o, aún, como sospechosos de asesinatos o atrocidades.

EJERCICIO 2

A continuación te vamos a mostrar una serie de viñetas que ilustran situaciones de dificultad para elaborar un duelo. Lee detenidamente las viñetas e intenta responder a estas preguntas en cada una de las viñetas.

- ¿En qué tarea o tareas te parece que está teniendo dificultades el paciente o familia para elaborar el duelo?
- ¿Qué te parece que ha influido para que aparezcan dificultades precisamente en esta tarea?

VIÑETA 1

Jaime es un chico de 19 años estudiante de Económicas. Su madre murió hace diez meses, de forma repentina tras un grave incendio que se declaró en su casa una noche, estando los tres durmiendo. En un primer momento fueron todos rescatados con vida aunque con síntomas de asfixia. Su madre falleció al llegar al hospital. Todo el mundo alrededor de Jaime y su padre están gratamente sorprendidos de la entereza de ambos. Jaime y su padre están mucho más unidos tras el fallecimiento de la madre y ambos expresan su opinión de que uno no puede venirse a bajo ante algo que el destino les ha deparado sin poder preverlo. La vida sigue y es preciso ser fuertes para enfrentar las dificultades con coraje Actualmente Jaime está en estudio en la consulta de un neurólogo por mareos y visión borrosa. Al neurólogo le ha llamado la atención la enorme preocupación que Jaime manifiesta por poder tener una enfermedad grave.

VIÑETA 2

Manuela es una mujer de 58 años, cuyo hijo murió apuñalado en la calle hace unas semanas. La hija de la paciente nos cuenta que su madre está inquieta durante todo el día, de estado de ánimo cambiante entre la irritabilidad y los accesos de llanto incontenible. Ha abandonado su aseo personal y permanece durante horas acostada en la cama. Manuela le ha dicho a su hija que en la cama se siente mejor porque nota aún el calor del cuerpo de su hijo cuando se sentó en ella al despedirse el día que murió. Se encierra también durante horas en la habitación de su hijo que permanece tal cual él la dejó. Por las noches, Manuela

se sienta en una silla enfrente de la ventana, a oscuras, vigilando la esquina por donde su hijo solía aparecer. Hace dos días, Manuela le contó a su hija que al contestar al portero automático de su casa escuchó la voz de su hijo pidiéndole que le abriera la puerta. Manuela le ha propuesto a su hija ir a visitar a una medium. La hija no sabe qué hacer y pide consulta. Cree que su madre se ha vuelto loca.

VIÑETA 3

Josefina perdió a su marido hace tres años durante el asalto a la sede de la ONG con la que colaboraba en la guerra de la Balcanes. Según cuenta ella misma, el marido era un hombre de gran decisión, de ideas muy claras, que dirigía la marcha de la economía de la casa y el futuro educativo de los hijos. Josefina tuvo con él una buena relación durante dieciocho años, en los que aprendió a admirar su capacidad de trabajo y energía. Ella se define a sí misma como pusilánime y apocada. Tras la muerte de su marido, la hija de ambos de quince años por entonces, empezó a ir mal en el colegio, a salir con mucha más frecuencia que antes, sin respetar los horarios que su madre le marcaba y a llegar a casa bebida o bajo el efecto de alguna otra sustancia. Los escándalos que la hija organizaba al volver a casa en malas condiciones, obligaban a Josefina a llamar a su cuñada, que vivía dos pisos más arriba, y era una mujer de gran carácter, respetada por la hija. Desde hace dos años, la cuñada de Josefina se hace cargo de las cuentas de la casa y de la orientación educativa de la hija. Josefina sale a trabajar unas horas fuera de casa, mientras que en su hogar se muestra inactiva y apática, abandonando sus tareas habituales.

La consulta la ha pedido la cuñada en base a los síntomas depresivos de Josefina.

VIÑETA 4

Carmen acude a la consulta de un psiquiatra buscando apoyo por sentimientos de intensa angustia que se han presentado pocas semanas antes de su próxima boda. Durante la primera entrevista relata que éste sería su segundo matrimonio. El primero terminó con la muerte de su marido por las heridas sufridas durante un bombardeo. La relación con él se había iniciado en la adolescencia, de modo que ambos habían sido la única pareja para el otro. Su matrimonio duró cuatro años, antes de la muerte de su marido. Recuerda esos años como de una gran armonía entre ellos y recuerda el periodo de la guerra como de gran sufrimiento, pero también de una íntima unión entre ellos y con su comunidad de vecinos. Cuando éste falleció, días más tarde del bombardeo, Carmen sintió primero un gran alivio, seguido de una profunda tristeza que arrastró durante meses, si bien continuó con su trabajo y su vida social. La comunidad y los grupos de mujeres que ella dirigía la reclamaban. Ella no se sentía con derecho a expresar su tristeza frente a las desgracias que también escuchaba de las demás mujeres. Durante los años que pasaron después del fallecimiento del marido, Carmen hizo obras en la casa, para adecuarla mejor a sus necesidades sola. La vida volvió a tener sentido para ella y empezó a mantener una relación muy satisfactoria con el hombre con el que está apunto de casarse. En estas últimas semanas, el recuerdo de su primer marido se ha intensificado junto con un sentimiento de traición que ella entiende que es irracional.

En resumen, el duelo es un proceso, lo que incluye la noción de tiempo y de evolución, que se puede presentar en la clínica abiertamente o a través de sintomatología bizarra y muy variada, que quien pretende ayudar ha de ser capaz de detectar y que supone para el doliente el desarrollo de una serie de tareas que, en la mayoría de los casos se solapan o aparecen en distinto orden. En lo que sigue desarrollaremos las estrategias que nos parecen útiles para facilitar estas tareas

INTERVENCIONES EN SITUACIONES DE DUELO

Muchos autores, entre ellos Worden²³⁸ consideran útil la distinción entre *counselling* o *asesoramiento* y *terapia de duelo*. El *counselling* o *asesoramiento* sería un tipo de intervención que deberían ser capaces de realizar los profesionales que se relacionan frecuentemente con personas que enfrentan procesos de duelo, como trabajadores sociales, profesionales de ayuda en general, policías, bomberos, religiosos o cooperantes, y se aplicaría a personas que están atravesando un proceso de duelo *normal*. Podría aplicarse en el contexto habitual en el que trabajan las personas que la llevan a cabo y no requeriría (como la *terapia*) de un encuadre especial. Aunque hay quien piensa que sería bueno ofrecer este tipo de ayuda a toda persona que esté atravesando un proceso de duelo, la mayor parte de los autores se decantan por ofrecerla sólo a aquellas personas que reúnen condiciones de riesgo (soledad, falta de personas con las que compartir su dolor, falta de recursos para afrontar la vida sin lo perdido, circunstancias especiales de la pérdida – desaparición, masacre, tortura, suicidio, responsabilidad del doliente... – o de la relación – hijo, persona con la que se mantenía una relación muy ambivalente... – exigencias inmoderadas del entorno...) o, bien, sólo a aquellas personas que lo solicitan por propia iniciativa, o a las que muestran dificultades detectables para realizar alguna de las tareas a que nos referíamos en el apartado anterior.

Según este planteamiento, la segunda modalidad de intervención, la *terapia de duelo* propiamente dicha estaría indicada en los casos de duelo *complicado* (por contraposición a *normal*) y se realiza por profesionales de salud mental con un encuadre lo más semejante posible al de otras terapias psicológicas. Según este modo de ver las cosas, los agentes de salud que actúan en contacto con la mayor parte de los supervivientes, de lo que deberían de ser capaces es de *detectar* los casos de duelo complicado para derivarlos a especialistas en salud mental. Buena parte de los programas de salud mental preparados por las ONGs de la parte noroccidental del planeta para intervenir en este tipo de situaciones se atienen a este esquema (y reservan a sus expertos el papel de especialistas). Nosotros creemos que esta forma de ver las cosas puede ser fuente más de confusión que de esclarecimiento

En nuestra opinión deberíamos contemplar tres niveles de actuación para personas que están llevando a cabo una relación de ayuda. El primero consistiría en utilizar los conocimientos sobre los procesos de duelo para facilitar o, al menos, no entorpecer, los procesos de duelo de las personas que contactan con ellos en el ejercicio de su actividad. Este nivel incluye la aceptación de la expresión de emociones, por ejemplo a través del llanto, una actitud empática ante estos sentimientos, la utilización de términos claros y que faciliten una conexión con las emociones cuando son los transmisores de información (*muerte, amputación...*), la facilitación de instrumentos para llevar a cabo operaciones necesarias para que se lleve a cabo el duelo (una sala donde se puedan encontrar los

familiares que van a compartir por primera vez el hecho del fallecimiento, *kleenex*, un espacio seguro, tiempo..).

“No te asustes por lo que estás sintiendo. A veces, cuando es muy dolorosa la pérdida de una persona, como a ti te pasa con la de tu marido, pueden aparecer este tipo de ilusiones de seguir viéndolo. La aparición de la imagen de tu marido por la noche es una forma de negarte a aceptar tu pérdida y de seguir teniéndolo presente. ¿no es así?”

María recuerda con agradecimiento, como la médico de Urgencias del Hospital donde había sido trasladado su marido tras el accidente del autobús en el que viajaba, la llamó, la apartó del resto de las personas que llenaban la sala, a la espera de noticias de sus familiares, y le comunicó con tristeza y respeto que su marido había fallecido, pese a todos los intentos hechos por salvarle la vida.

El segundo nivel se correspondería con el que Worden²³⁸ y otros autores llaman *counselling* o *asesoramiento*, y, según nuestra forma de ver las cosas estaría caracterizado, no por referirse a un determinado tipo de duelo (normal versus patológico), sino por el hecho de estar realizada por una persona que mantiene una relación de ayuda con el doliente, pero no es, necesariamente, un profesional de la salud mental.

Sería el caso de una enfermera que continúa en contacto con una familia después de la muerte de uno de los hijos tras una hospitalización prolongada. Esta enfermera, citaba a los padres cada dos semanas para supervisar el proceso de duelo que estos habían emprendido. En un momento determinado, su intervención resultó importante para ayudarles a facilitar la comunicación entre ellos, sin temor a dañarse el uno a la otra.

Javier acude por primera vez a la consulta de su médico de atención Primaria después de la amputación de su pierna izquierda tras un accidente. Sus padres le comentan al médico lo orgullosos que están de la valentía de su hijo para encajar lo ocurrido. Javier sonríe sin decir nada y se pone muy colorado. El médico hubiera podido obviar esa información y reconocer, junto con sus padres su valentía, animándole a seguir adelante. Pero este médico, después de revisar con todos lo ocurrido, les pide amablemente a los padres que le dejen unos minutos a solas con Javier. Una vez solos, el médico le pregunta abiertamente por sus sentimientos, el paciente se emociona y llora. Es la primera vez que ha podido expresar su tristeza con otra persona.

El tercer nivel se correspondería con lo que Worden llama *terapia* y vendría definido por ser llevado a cabo por un profesional de la salud mental o un agente de salud convenientemente entrenado para ello. La actuación a este nivel está indicada en dos circunstancias. En primer lugar cuando las dificultades en el proceso de duelo han dado ya lugar a problemas de salud mental graves que requerirían esta intervención independientemente de su origen (un cuadro psicótico, un cuadro depresivo con ideas de suicidio incoercibles...). Y en segundo lugar cuando la intervención de segundo nivel no ha conseguido mejorar el problema o ha desencadenado reacciones inesperadas. El modelo de Worden ofrece un *molde* sobre el que construir la *pauta problema* para trabajar según los principios que guían el trabajo psicoterapéutico en general²⁵⁴²⁵⁵

“Una mujer de 52 años inició tratamiento después de haber realizado una tentativa autolítica por precipitación desde un tercer piso. Tres meses antes había sido avisada del grave estado de salud de su hijo tras haber sido herido en una acción bélica. Cuando después de muchas dificultades logró llegar al hospital donde estaba ingresado, su hijo ya había muerto. Esta misma mujer había perdido otra hija de meses de edad por muerte súbita muchos años antes. Al volver a experimentar una nueva pérdida traumática, el contenido de su discurso es que

ella, como madre, no había servido para cuidar de sus hijos, ni para acompañarles hasta el final”

Antonia acude a la consulta de Psiquiatría derivada por su médico de cabecera. Presenta un trastorno depresivo grave con ideación de suicidio y fuertes sentimientos de culpa con respecto a la muerte de su padre. Cuando el psiquiatra le pregunta acerca de las circunstancias de la muerte de su padre, Antonia relata que el malestar de su padre había comenzado unas horas antes, como un dolor de estómago. Siendo como era, una persona muy aprensiva, ninguno en la casa le dio más importancia sus síntomas hasta que de madrugada el dolor se intensificó tanto que le llevaron a la Urgencia. El padre falleció a los dos días de un infarto de miocardio y el médico que le atendió les comentó que lo habían llevado muy tarde, que quizás si hubiera venido antes se podría haber salvado.

Objetivos de la intervención

De acuerdo con lo que hemos venido planteado hasta aquí, los objetivos de la intervención consistirán en facilitar que las cuatro tareas que constituyen el trabajo de duelo puedan ser llevadas a cabo. Es decir:

1. Facilitar la aceptación de la realidad de la pérdida
2. Facilitar la expresión y el manejo de los sentimientos ligados a ella
3. Facilitar la resolución de los problemas prácticos suscitados por la falta de aquello perdido
4. Facilitar una despedida y la posibilidad de vuelta a encontrar sentido y posibilidad de satisfacción en la vida

Principios de la intervención en duelo

A continuación describiremos una serie de principios que pueden ser aplicados a los tres niveles de intervención, aunque en el texto y en los ejemplos, se intentarán concretar para el segundo²³⁸.

Principio 1: Ayudar al superviviente a tomar conciencia de la muerte

En los momentos iniciales, la sensación de irrealidad es la norma. Hablar sobre la pérdida ayuda a realizar esa tarea. La persona que pretende facilitarla puede preguntar sobre la forma en la que se enteró de la misma, cómo reaccionó, qué pensó, qué sintió. También puede explorar el comportamiento frente a los rituales que facilitan el cumplimiento de esta tarea, como la contemplación del cadáver en los ritos funerarios, las visitas a la tumba. Si el superviviente cuenta que no ha podido realizarlos, se pueden explorar las fantasías al respecto

Principio 2: Ayudar al superviviente a identificar y expresar sentimientos

La pérdida puede evocar sentimientos muy dolorosos de los que el superviviente puede intentar protegerse inconscientemente. Aunque, a veces, posponer la experimentación de esos sentimientos puede ser útil, en general, ignorarlos puede ser causa de problemas y dificultades en el proceso de duelo. La persona que va a actuar como ayuda puede facilitar la expresión de estos sentimientos. A veces, esta tarea puede estar

dificultada por el hecho de que quien la solicita puede pedirle, precisamente un remedio para evitar el dolor (en forma, por ejemplo, de medicamento o seguridades religiosas).

Los sentimientos puestos en juego por la pérdida pueden ser muy variados. Desde luego está el sentimiento de pena por la pérdida. Nos referiremos también a los de rabia, culpa e indefensión, que también son frecuentes y que, frecuentemente se asocian a problemas en el proceso de duelo.

La **tristeza** o la **pena**, es la emoción que parece más inmediatamente relacionada con la pérdida de alguien o algo que ha sido importante para uno. En ocasiones su expresión puede estar coartada por convenciones sociales, por ser considerada por el sujeto como una muestra inadmisibles de debilidad o una pérdida de dignidad, o por el temor a que su expresión pueda dañar o abrumar a otros.

La expresión más frecuente de la tristeza incluye el llanto. Poder llorar es importante, aunque lo que parece ser verdaderamente útil para el proceso de duelo es poder hacerlo con alguien que comprende al superviviente y le brinda su apoyo. El deseo de proteger a personas consideradas débiles dentro de una familia o comunidad, en ocasiones hace que se les prive de esta posibilidad.

La expresión de la pena por parte del superviviente a veces, puede inducir un estado de malestar y una sensación de impotencia en la persona que trata de brindar ayuda, que siente que no puede hacer nada por evitarlo. Sin embargo el hecho mismo de dar ocasión de expresarla, al escucharla empáticamente, sin tratar de inducir comportamientos alternativos y sin dejar que la sensación de malestar inducido le impulse a huir o a mostrarse dañado, puede ser excepcionalmente de ayuda.

Llorar no es suficiente. El superviviente ha de preguntarse por el significado de sus lágrimas y quien pretende ayudarlo ha de facilitarle esta tarea. Un significado que es diferente según la persona avanza en el proceso duelo²⁵⁶

La **rabia** es otro sentimiento que frecuentemente aparece en los procesos de duelo. Es frecuente que aparezca como rabia hacia la persona que se ha perdido (por abandonarnos, por no haberse cuidado...). Pero también es posible que lo haga contra otras personas implicadas en el hecho de la pérdida (los compañeros, los médicos, el conductor de la ambulancia, la policía los bomberos, otros implicados en el accidente, Dios...). La rabia también puede aparecer contra uno mismo en forma de sentimientos de culpa o de tristeza. Quien pretende ayudar en esta situación debe explorar la posibilidad de ideas de suicidio, preguntando primero sobre si en esa situación se ha planteado que no valga la pena seguir viviendo, caso de respuesta positiva, si ha pensado en hacer algo para quitarse la vida, en ese caso si ha pensado en la forma, si es así, si ha hecho planes concretos y, en caso afirmativo, si lo ha intentado. El temor a hacer este tipo de preguntas que frecuentemente muestra el personal de ayuda, no está justificado. Hasta la fecha no se conoce que nadie que no se haya planteado seriamente el suicidio lo haya llevado a cabo porque se le haya ocurrido a partir de una pregunta de su médico u otro personal de ayuda. En cambio el que quien pretende ser de ayuda ignore que el superviviente está haciendo planes al respecto, cuando esto es así, puede tener consecuencias fatales. En el duelo, los impulsos suicidas pueden tener que ver también con el deseo de reunirse con el muerto.

Los sentimientos negativos hacia alguien que ha muerto, pueden resultar inaceptables para quien los experimenta y ser negados o despertar fuertes sentimientos de

culpa. Pensemos que la frase más corrientemente oída en los funerales es algo así como “qué bueno era”. Por ello es probable que el superviviente niegue este tipo de sentimientos si la persona que intenta ayudarle le pregunta por ellos. En esta situación es útil la recomendación de Worden de dar primero ocasión de expresar los sentimientos positivos y escucharlos empáticamente con detenimiento para, una vez que el superviviente está convencido de que nos hacemos cargo de ellos poder entrar en los positivos. Una fórmula que, a veces, es útil es preguntar “¿Que es lo que le parece que más va a echar en falta de la persona que ha desaparecido?” y sólo después “¿Habrá cosas que, en cambio no echará de menos (aunque sea sus ronquidos)?”. O la utilización de fórmulas que facilitan la expresión de la ambivalencia

Me hago cargo de que tuvo una relación de mucho afecto y que su pérdida ha sido muy dura. Hay muchas cosas que va usted a echar mucho en falta. Pero en toda relación hay algunos momentos menos buenos. ¿Como eran los momentos en los que pudo haber problemas entre ustedes?

Desde luego hay casos en los que sucede es precisamente lo contrario y todo lo que se expresan son sentimientos negativos. Aquí los sentimientos negativos pueden estar protegiendo al superviviente de la pena profunda que supondría reconocer que la pérdida (a veces no la ocurrida con la muerte, sino con la historia de la relación) fue importante para él.

También es frecuente que en el duelo aparezcan sentimientos de **culpa**. Muy frecuentemente esta se organiza sobre formulaciones del tipo “¿Y si...?” (“Si no le hubiera pedido que viniera”, “si le hubiera llevado antes al médico”, “si no hubiera hecho caso de lo que me dijeron”, “si hubiera conducido yo”...). En esta situación puede ser útil ayudar al superviviente a preguntarse cuales son las opciones reales que hubo y por qué hubiera debido elegir una diferente.

La culpa puede tener que ver con las emociones experimentadas en relación a la pérdida. En ocasiones el superviviente puede pensar que se ha sentido insuficientemente afectado. En otras, puede sentir malestar por la experimentación de sentimientos de alivio, de satisfacción o de rabia hacia el fallecido. En tales situaciones es de utilidad la exploración del conjunto de sentimientos implicados tanto en la relación anterior con lo perdido como en la pérdida misma.

El sentimiento de culpa es más difícil de trabajar cuando hay responsabilidad real en la pérdida (el superviviente que conducía borracho, el compañero que traicionó o abandonó al desaparecido, el familiar que cometió una negligencia clara...). Worden propone el uso de técnicas psicodramáticas para encarar esta tarea.

Los sentimientos de **angustia** e **indefensión** son también frecuentes. De hecho Parkes señala en la última edición de su clásico libro (1998) que la angustia es incluso más frecuente que la pena²²². La angustia puede provenir del sentimiento de indefensión o desamparo por tener que afrontar la vida sin lo perdido. El sujeto que pretende ayudar puede facilitar el manejo de este sentimiento, facilitando el que el superviviente analice las posibilidades de desempeño que tiene en su nueva situación

La angustia también puede provenir de la reactivación de la conciencia de la propia muerte. Tal reagudización se produce casi como regla general y suele ser pasajera. Si no es así, puede ser de utilidad hablar y compartir los temores.

Principio 3: Ayudar al superviviente a que sea capaz de resolver sus problemas cotidianos sin lo perdido

Supone ayudar al superviviente a poder enfrentar los problemas prácticos de la vida y a tomar decisiones sin lo perdido. La dificultad de esta tarea depende mucho del tipo de relación que existía entre lo perdido y el superviviente. Puede haberse perdido a la persona que tomaba las decisiones en la pareja, a la que aportaba el sustento o a la que se hacía cargo de tareas imprescindibles como el cuidado del hogar o la educación de los hijos. Puede haberse perdido un compañero sexual. Puede haberse perdido un elemento que ha sido esencial para la supervivencia (el empleo, la vivienda...). Y de ello derivan problemas prácticos de distinto orden.

Es frecuente que la persona que ha sufrido una grave pérdida se sienta impelido a hacer grandes cambios que le permitan sortear su dolor (cambiar de casa, de ciudad o de compañero...) En general, deben desaconsejarse medidas drásticas e irreversibles sobre decisiones tomadas en los primeros momentos, aunque, al hacerlo, conviene tener cuidado para no promover actitudes de indefensión. Se trata de posponer las decisiones para el momento en el que la persona esté capacitada para hacerlo pensando en las consecuencias y no sólo en la utilidad de la decisión para disminuir el sufrimiento en un momento dado.

Principio 4: Favorecer la recolocación emocional de lo perdido

La recolocación es, con frecuencia, interpretada como sustitución u olvido de lo perdido y, en tal caso, su anticipación puede mover un rechazo a la idea de progresar en el proceso de duelo, cuyo final se anticipa en la fantasía como un especie de traición a lo perdido o como significativo de que el vínculo que anteriormente unía al superviviente con ello no era suficientemente fuerte como para dejar una marca permanente.

En realidad recolocar nos significa abrir el camino a reemplazar (reemplazar es imposible), sino dar a lo perdido un lugar en la memoria de modo que su recuerdo (tan cargado afectivamente como sea necesario) no vete la posibilidad de que el superviviente pueda sentir interés y afecto por otras cosas o personas. Es frecuente, que las personas que atraviesan procesos de duelos cuenten que al avanzar en esta tarea se les ha hecho más accesible, más nítido y más capaz de proporcionar gratificación, el recuerdo de lo perdido.

También hay supervivientes que se apresuran a rellenar el hueco dejado por lo perdido con nuevas relaciones o actividades, como procedimiento de evitar el dolor suscitado por la pérdida. En estas situaciones no podemos hablar de recolocación sino de defensas que entorpecen la tarea 2 (experimentar las emociones suscitadas por la pérdida).

Principio 5: Facilitar tiempo para el duelo

Como hemos señalado anteriormente, el duelo requiere tiempo. Esto, a veces, no es tan obvio ni para el superviviente, ni para las personas de su entorno, que, en ocasiones pueden presionarle para que recupere algunas de sus actividades previas antes de que esté preparado para ello.

Hay fechas o momentos que pueden ser particularmente difíciles. Son muy comunes las llamadas *reacciones de aniversario* (El primer aniversario suele ser particularmente difícil). También pueden ser difíciles el primer cumpleaños, las primeras Navidades o fiestas que son relevantes para la familia o el grupo, que se celebran sin el fallecido...

Principio 6: Evitar los formulismos

Como regla general puede decirse que los comentarios sociales al uso (“te acompaño en el sentimiento”, “hay que seguir adelante”, “hay que ser fuerte”) no suelen ser de utilidad y que generalmente, los supervivientes ya los han oído y si presentan problemas es porque no les han servido. Si el ayudador no sabe que decir es preferible que lo reconozca diciendo algo así como “No sé que decirte”

Principio 7: Interpretar la conducta normal como normal

Es frecuente que algunos de los fenómenos que son normales en los procesos de duelo provoquen el superviviente o en su entorno miedo a que sean señales de que se está trastornando. Los fenómenos de presencia, las ideas de suicidio, los sentimientos de irrealidad se cuentan entre los que más frecuentemente provocan estas reacciones. En estas situaciones la persona que pretende ayudar puede tranquilizar informando de que se trata de fenómenos frecuentes en ese momento del proceso de duelo

Principio 8: Permitir diferencias individuales

También puede causar extrañeza y, a veces, alarma el hecho de que personas diferentes, aún dentro de un mismo grupo familiar y cultural, puedan manifestar comportamientos, emociones y modos de expresar éstas últimas muy diferentes entre sí. A veces eso puede hacer que la de alguno de ellos sea interpretada como patológica. También puede ser que los requerimientos diferentes de personas que están siguiendo trayectorias diferentes hagan que cosas que siente uno de ellos como necesaria para su progreso, puedan resultar entorpecedores para el proceso del otro. Tales posibilidades pueden ser anticipadas y discutidas por la persona que pretende ayudar.

Principio 9: Ofrecer apoyo continuo

Como los requerimientos de las personas en duelo son diferentes a lo largo del proceso, es útil que la persona que pretende ser de ayuda se muestre disponible durante el mismo, estableciendo, por lo menos las condiciones y el procedimiento por el que el superviviente o sus allegados pueden buscar un nuevo contacto. El contacto por parte del ayudador en determinados momentos (aniversarios...) puede estar indicado en casos especiales. Los grupos de autoayuda son especialmente útiles para este tipo de trabajo.

Principio 10: Examinar defensas y estilo de afrontamiento para prevenir complicaciones

Los procedimientos puestos en juego para hacer frente al dolor pueden ser, en ocasiones potencialmente peligrosos para la salud mental o para la salud en general y la persona que pretende ayudar puede tener que señalarlo. Hay personas que pueden utilizar el alcohol o las drogas (incluidos los psicofármacos) para evitar el dolor, que pueden exponerse en conductas peligrosas o temerarias (muy frecuente en situaciones de guerra) o que pueden utilizar mecanismos extremos de negación que pueden hacer previsible una dificultad para completar el proceso de duelo.

Principio 11: Identificar patología y derivar

La persona que pretende ayudar a quien está atravesando un proceso de duelo debe ser capaz de decidir cuándo sus propias capacidades de ayuda han sido rebasadas por la situación. En los casos en los que aparece sintomatología psicótica franca y perdurable, ideas de suicidio incoercibles, o cuadros depresivos clínicos está indicado el tratamiento de estos cuadros y, donde el sistema sanitario lo establezca así, la derivación a un especialista.

INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE DUELO

1.- Detección de problemas relacionados con el duelo

Es frecuente que la existencia misma de pérdidas y, consiguientemente de procesos de duelo subsecuentes a ellas pase desapercibida para la persona que pretende prestar ayuda al superviviente. También lo es el que, aunque las pérdidas sean conocidas por él, pasen desapercibidas señales de que está habiendo problemas en su elaboración. La presencia de pérdidas puede ser explorada a través de preguntas explícitas (“¿Ha ocurrido algo importante en su vida durante este período?”). En caso de respuesta positiva deben explorarse los sentimientos ideas y comportamientos suscitados por la misma (“¿Qué le hizo sentir eso?”, “¿Qué le vino a la cabeza?”, “¿Qué es lo que hizo entonces?”, “¿Cómo se sintió después?”, “¿Y ahora?”). Deben rastrearse no sólo las pérdidas actuales, con la posibilidad de que se presenten problemas de los etiquetables como “duelo distorsionado” sino, los posibles efectos de pérdidas pasadas que puedan causar actualmente problemas como “duelo diferido” (por ejemplo en forma de reacción de aniversario o reacción desmedida ante una nueva pérdida, aparentemente intrascendente).

CUADRO 2: SOSPECHA DE DUELO PROBLEMÁTICO (Adaptado de Klerman 1984)

HECHO	PREGUNTA
1. Múltiples pérdidas	¿Que mas estaba sucediendo en su vida en el momento de esta muerte?. ¿Alguien mas murió o se fue?. ¿que recuerda de ello desde entonces?. ¿Alguien ha muerto de forma o en circunstancias similares?.
2. Afecto inadecuado en el período de duelo normal.	En los meses que siguieron a la muerte ¿Como se sintió?. ¿tuvo problemas de sueño?. ¿Se condujo como de costumbre?. ¿Tenía ganas de llorar?.
3. Evitación de las conductas referidas a la muerte.	¿Evitó ir al funeral o visitar la tumba?.
4. Síntomas en torno a una fecha significativa.	¿Cuando murió esta persona?. ¿En que fecha?. ¿No empezó a tener síntomas por entonces?.
5. Miedo a la enfermedad que causó la muerte	¿De qué murió esta persona?. ¿Cuales fueron los síntomas?. ¿Teme Vd. tener la misma enfermedad?.
6. Historia de conservación del entorno como era cuando vivía la persona querida.	¿Que hizo Vd. con sus pertenencias?. ¿Y con la habitación?. ¿Lo dejó igual que cuando murió?.
7. Ausencia de la familia u otros apoyos durante el duelo.	¿Con quien contó Vd. entonces?. ¿Quien le ayudó?. ¿A quien buscó?. ¿En quien pudo confiar?.

El **cuadro 2** presenta una serie de situaciones que podrían orientar a la presencia de problemas en un proceso de duelo en curso y las preguntas que podrían ayudar a ponerlos de manifiesto. En ocasiones, lo que puede ser más prominente no es la presencia de fenómenos preocupantes, sino la ausencia de los que suelen ser normales. Tal ausencia puede ser explícitamente explorada.

"He observado que Vd. no mencionó a su madre cuando hablamos de sus padres.(...) ¿Ha muerto recientemente alguien próximo a Vd.?. (...) ¿Podría hablarme sobre esta muerte?. (...) ¿Cuándo?. (...) ¿Dónde? (...) ¿Cómo fue? (...) ¿Como se sintió cuando se enteró de la muerte? (...) ¿Como estuvo las semanas siguientes? (...) ¿Qué cosas cambiaron en su modo de comportarse?"

Estrategias de intervención

Lo anteriormente expuesto puede concretarse en una estrategia en la que el superviviente y la persona que pretende ayudarle se embarcan en una serie de tareas. Así lo hacen Klerman y colaboradores²⁵⁷ cuyo esquema desarrollaremos a continuación.

1. Facilitar la expresión de los sentimientos y explorar sin emitir juicios

La persona que pretende ayudar puede facilitar esto animando al paciente a pensar en la pérdida, facilitándole, con el manejo de los silencios y de las señales de que se le está escuchando tiempo y espacio para ello, y pidiéndole que relate la secuencia de hechos que se organizaron alrededor de la misma y las emociones asociadas a ellos ("¿Cómo se enteró?", "¿Qué estaba usted haciendo entonces?", "¿Qué es lo que le dijeron exactamente?", "¿Cómo se sintió?", "¿Qué le vino a la cabeza?", "¿Qué hizo?", "¿Cómo se sintió entonces?", "¿Cómo se siente ahora al recordarlo?", "¿Qué le hace pensar esto?"...o, también "Cuénteme cosas sobre cómo era...", "¿Que hacían juntos?", "¿Como se enteró usted de su enfermedad?" "Describalo...", "¿Como se enteró de su muerte?", "¿Como se siente sobre todo esto?")

2. Tranquilizar

El superviviente puede experimentar miedo a muchas cosas. En primer lugar al significado de algunas de las manifestaciones del proceso de duelo. La persona de ayuda puede aplicar los principios anteriormente reseñados sobre interpretar como normal el comportamiento normal y permitir las diferencias individuales. Pero también puede manifestar miedo a hablar de la pérdida o rememorar determinados hechos. En este caso quien pretende ayudar puede manifestar su disposición a apoyarle y su idea de que tal expresión no suele dar lugar a problemas incontrolables. Horowitz²⁵⁸ relaciona una colección de miedos que son frecuentes y deben ser explorados. Aquí los recogemos en el **cuadro 3**.

CUADRO 3: EMOCIONES FRECUENTES EN LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DUELO (Horowitz 1976)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Miedo a la repetición del acontecimiento2. Vergüenza por haber sido incapaz de prevenir o posponer el hecho.3. Rabia hacia el fallecido. |
|---|

4. Culpa o vergüenza sobre los impulsos o fantasías destructivos.
5. Culpa del superviviente.
6. Miedo de identificación o fusión con la víctima.
7. Tristeza en relación con las pérdidas.

3. Reconstruir la relación

La labor de construcción de nuevas narrativas a la que estamos refiriéndonos, se ve facilitada por la reconsideración de la historia de la relación con lo perdido. Por ello es de utilidad animar al superviviente a que nos narre su relación con ello y facilitarle en que lo haga haciendo hincapié en los afectos (positivos o negativos) puestos en juego por cada uno de los acontecimientos narrados.

"Cuénteme como fue su vida con..." (...) "¿Como ha cambiado su vida desde que murió?" (...), *" Toda relación tiene sus altos y bajos. ¿Cuáles fueron los suyos?"*.

4. Esclarecer

Se trata aquí de ayudar al paciente a desarrollar un nuevo modo de ver los hechos para lo que deben explorarse respuestas tanto afectivas como factuales. Conviene evitar el refugio en sobreentendidos como "ya se puede usted imaginar", "lo normal", "como todos los matrimonios", "como cualquier padre", y pedir al superviviente que concrete, porque nos interesa precisamente el modo en el que esto le sucedía a él o ella personalmente. En cualquier caso ayudan preguntas como las siguientes:

"¿Cuales eran las cosas que le gustaban de...?. ¿Y cuales las que no?".

5. Explorar los cambios de comportamiento

La exploración de los cambios experimentados tras la pérdida puede señalar dificultades en la realización de alguna de las tareas o procedimientos de afrontamiento problemáticos.

"¿Como es su vida ahora?. ¿Como ha intentado compensar la pérdida?. ¿Quienes son sus amigos?. ¿Con qué actividades disfruta?".

EJERCICIO 3

Lee las siguientes viñetas clínicas y trata de responder a estas preguntas para cada una de ellas:

- ¿Cuál/es de los Principios (Worden 1991) aplicarías en un primer momento de la intervención?
- ¿Cuál/es de las estrategias de intervención te parece mas importante para ayudar a esta persona a elaborar el duelo?
- ¿Qué dificultades te puedes encontrar?
- Razona tu respuesta

VIÑETA 1

El Dr. K es llamado a interconsulta en el hospital general por uno de los cirujanos. Se trata de valorar a Javier que es un joven de 19 años a quien se le ha amputado una pierna hace veinte días tras un grave accidente de coche en el que conducía el paciente después de haber estado bebiendo alcohol y falleció un amigo de éste. Javier siente con intensidad la forma de su pierna perdida y el tacto de ésta. Los médicos y su familia le han explicado varias veces como ocurrió el accidente y las funestas consecuencias que tuvo para su amigo. Están sorprendidos porque Javier responde mostrando su disgusto por tener que retrasar las vacaciones que iban a emprender juntos y por tener que ser escayolado (en la pierna amputada).

VIÑETA 2

Angel perdió a su mujer en un terrible accidente en que explotó una bomba en el restaurante donde estaban cenando. Relata que después del tremendo estallido, quedó sepultado entre los escombros del edificio. Lo primero que pensó fue en apuntalar de alguna manera el pequeño nicho en el que estaba enterrado y, a continuación, buscar a su mujer. A oscuras y con movilidad restringida, tocó una pierna que fue siguiendo hasta darse cuenta de que estaba desprendida de su cuerpo. Está seguro de que era la pierna de su esposa. Tres días después, en el hospital pide ayuda psiquiátrica porque se siente tremendamente angustiado ante el impulso irresistible de pedirle a la mejor amiga de su mujer, que acude todos los días a visitarle al hospital, que se case con él. No entiende lo que le ocurre, ni lo vacío que se siente de sentimientos ante el recuerdo de su mujer, con la que mantuvo una buena relación durante veinte años y con la que tenía cuatro hijos, el último de ellos con una grave enfermedad crónica.

VIÑETA 3

Fernando Fernández acude a consulta por sentirse apático, falta de ilusiones e iniciativa y con deseos de muerte que le han llevado a pensar repetidamente en quitarse la vida. Es la primera vez que le ocurre en sus 47 años de vida. La única circunstancia que refiere como posible desencadenante es una discusión con su jefe hace unos meses en el que él se sintió minusvalorado. Desde entonces la relación con éste se ha enrarecido. Cuando habla de su vida nos cuenta que es el hijo mayor de una familia de tres hermanos. Su padre, de profesión militar era un hombre muy estricto que sufrió en los últimos diez años de su vida las secuelas cerebrales de un atentado terrorista que le obligaron a vivir en una residencia, donde falleció tres meses antes del momento actual. Su madre vive con una de sus hermanas, si bien no tiene una estrecha relación con ellas. Fernando está casado con una mujer diez años mayor que él, con la que mantiene una buena relación y con la que ha tenido, a su vez, tres hijos.

Técnicas

Para llevar a cabo esta propuesta de actuación, puede ser útil la utilización de algunas técnicas concretas. Revisaremos a continuación el listado propuesto por Worden²³⁸:

- a. Utilización de un **lenguaje evocador**. Como la contemplación del sufrimiento de otra persona es dolorosa, las costumbres y las buenas maneras suelen consagrar precisamente el uso de términos que no evoquen sentimientos dolorosos a nuestros interlocutores. En los hospitales, por ejemplo, lo frecuente es la utilización de términos como *exitus*, óbito o, en todo caso, del verbo “fallecer” para referirse a la muerte o al morir. Ni que decir tiene que estos términos no facilitan el que el superviviente ponga en juego sus sentimientos en su relación con nosotros. La utilización de términos evocadores (“muerte”, “perder”, “viudo”...) y de tiempos verbales adecuados, facilita tanto el que el superviviente tome conciencia del hecho de la pérdida, como que contacte con sus sentimientos (tareas 1 y 2)
- b. Utilización de **símbolos y objetos de vinculación**. Puede ser de utilidad permitir o pedir al superviviente que muestre fotos, imágenes o recuerdos del fallecido o de lo que se ha perdido, ya que ello facilita la emergencia de los afectos en la relación con nosotros. Un caso especial son los llamados **objetos de vinculación**. Se trata de objetos cargados con un simbolismo, a través de los cuales se mantiene la relación con el fallecido. En ocasiones pueden dificultar completar el proceso de duelo. Pueden ser de muchos tipos: objetos que el muerto utilizó en vida, como relojes o joyas, algo con lo que el muerto extendía sus sentidos, como una cámara o un bastón, una representación del muerto, como una fotografía o algo que el superviviente tenía a mano cuando se enteró de la noticia o cuando vio el cuerpo. Cuando existen, el superviviente necesita saber siempre exactamente donde está para no sentir angustia. Son similares a los objetos transicionales de los niños. Son diferentes de otros recuerdos, pues están investidos de mucho más significado y causan una gran ansiedad cuando se pierden. En el trabajo con personas en duelo, se puede explorar la existencia de tales objetos, preguntando qué cosas han conservado después de la muerte.. Si se cree que el superviviente está utilizando algo como objeto de vinculación se debe discutir en la terapia. Puede ser útil animarle a traer estos objetos a la sesión de terapia.
- c. Con algunas personas es útil el uso de **escritos** porque el acto de escribir facilita el contacto con sus emociones y la búsqueda de significados. Pueden por ejemplo escribir al difunto expresando sus emociones, hacer un diario del proceso de duelo o utilizar este medio para “resolver” discusiones pendientes o decir cosas que no tuvieron ocasión de comunicar antes.
- d. La utilización de **dibujos** juega el mismo papel para otras personas. Es particularmente útil en niños
- e. El **rol playing** es útil al menos con dos objetivos. En primer lugar para facilitar la expresión de emociones y la búsqueda de nuevos significados, así como actualizar conflictos pendientes con la persona ausente. Una modalidad especialmente útil en estas situaciones es la de la silla vacía, en la que el superviviente puede comunicar al desaparecido algo pendiente imaginándolo en una silla colocada a su lado. También puede ocupar esa silla e imaginar cómo será recibido por el desaparecido lo que acaba

- de decir, para luego volver a ocupar la suya y continuar la “conversación”. El *rol playing* también puede ser utilizado para modelar o entrenar habilidades, sobre todo en personas que están teniendo dificultades en la tercera tarea (enfrentar los problemas prácticos de la vida sin lo que se ha perdido)
- f. La **reestructuración cognitiva**, por la que se trata de analizar asunciones implícitas y diálogos internos, es particularmente útil por ejemplo, para tratar con los problemas referentes a los sentimientos de culpa o responsabilidad que parecen en forma de “¿Y si...?” (“Si yo no le hubiera pedido que viniera, si se lo hubiera advertido, si hubiera ido yo...”)
 - g. En algunos casos puede ser útil la confección de un **libro de memorias** que, además, puede emprenderse como una tarea colectiva, facilitando el que la familia entera, incluidos los niños, comparta el intento de reconstruir la relación con el ausente, reuniendo, fotos, escritos, recuerdos...
 - h. El uso de la **imaginación guiada** (en la que el paciente imagina al muerto, con los ojos cerrados y tiene ocasión de establecer algún tipo de *diálogo* con él) cumple la misma función que la técnica de la silla vacía a la que hacíamos referencia anteriormente.
 - i. La utilización de **psicofármacos** ha sido objeto de polémica. En general se admite su uso puntual para aliviar el insomnio o la ansiedad. El uso de antidepresivos no está indicado salvo en el caso de que aparezca, como complicación una depresión clínica.

DUELO Y FAMILIA

Enfrentar el proceso de duelo por la muerte de uno de sus miembros es, quizás, una de las tareas más duras que una familia ha de llevar a cabo a lo largo de su vida. Desde un pensamiento sistémico, la muerte se entiende como un proceso que, al mismo tiempo que implica a la persona que se muere, también implica a los supervivientes, poniéndose de manifiesto así, el ciclo de vida compartido familiar que reconoce la finalidad de la muerte y la continuidad de la vida simultáneamente²⁵⁹⁻²⁶⁰⁻²⁶¹⁻²⁶²⁻²⁶³

El cómo la familia lleve adelante esta tarea se considera como un determinante crucial para la adaptación individual y del grupo. Como ocurría cuando hablábamos desde una perspectiva más individual, variables que van a influir en este proceso de adaptación son la manera de morir, la existencia de una red social de apoyo, el tiempo de la muerte en el ciclo de la vida y el contexto socio-cultural de la pérdida. Con ello, se pone de relieve la “unicidad” de cada caso y la necesidad de respeto a las diferencias individuales, culturales y familiares

Para Bowen, el impacto de la muerte en el equilibrio familiar dependerá del nivel de integración emocional de la familia en el momento de la pérdida y de la importancia funcional del miembro perdido. Una familia adecuadamente integrada, mostrará una reacción emocional más abierta, mientras que una menos integrada responderá con menos reacción emocional inmediata, pero con más problemas emocionales o físicos más tarde.

El sufrimiento individual que sigue a la pérdida no es solo debido al duelo, sino consecuencia de los cambios en la dinámica familiar. La pérdida modifica la estructura familiar y la respuesta de cada miembro estará modelada por el sistema de creencias familiar, que a su vez es modificado por la experiencia individual de la pérdida.

Las familias, como los individuos, necesitan estar en armonía con el pasado, no en lucha por recapturarlo, escapar de él u olvidarlo.

La muerte plantea retos adaptativos, que requieren reorganizaciones familiares a corto y largo plazo y cambios en la definición familiar de su identidad y propósitos. La adaptación no significa resolución, más bien formas de poner la muerte en perspectiva y continuar con la vida. La idea psicoanalítica de trabajar a través de la pérdida para conseguir una completa resolución de ésta, no encaja con la experiencia de la mayoría de las personas. Hay pérdidas muy significativas o traumáticas que no se resuelven nunca.

Tareas familiares de adaptación

1- Reconocimiento compartido de la realidad de la muerte y experiencia compartida de la pérdida

Bowen apoya la inclusión de los niños diciendo que él nunca ha visto a un niño dañado por la exposición a la muerte, lo que si ha visto son niños dañados por la ansiedad de los supervivientes.

Los ritos funerales ayudan en esa confrontación.

La comunicación familiar es vital en este proceso. Un clima de confianza, empatía y tolerancia hacia las distintas respuestas es importante. El proceso de duelo también implica intentos compartidos para colocar la pérdida en una perspectiva significativa que encaja coherentemente con el resto de la experiencia familiar y sistema de creencias.

Surgen sentimientos de gran intensidad y es preciso afrontar sentimientos negativos, que, en nuestra cultura tienden a producir malestar en el otro, por lo que con frecuencia son callados y la comunicación bloqueada.

Es precisa la tolerancia ante las distintas respuestas emocionales y estar preparados para que los miembros de la familia puedan estar en distintas fases, reflejando la individualidad de las respuestas de afrontamiento.

En familias donde ciertos sentimientos, pensamientos o recuerdos, son evitados en base a lealtades familiares o tabús sociales, el bloqueo de la comunicación puede contribuir a la conducta sintomática o sentimientos sintomáticos que pueden surgir a la superficie, en otros contextos desconectados de su fuente. Cuando la familia es incapaz de tolerar sentimientos, el miembro que expresa lo inexpresable puede ser utilizado como cabeza de turco o excluido

2-Reorganización del sistema familiar y reinversión de otras relaciones y metas vitales

La muerte de un miembro familiar trastorna el equilibrio familiar y los patrones de interacción establecidos. El proceso de recuperación implica un realineamiento de relaciones y redistribución de las funciones de rol necesarias para compensar la pérdida y continuar con la vida familiar. Promover la cohesión y la flexibilidad en el sistema familiar es crucial para la reestabilización. La experiencia de desorganización inmediatamente después de la pérdida puede llevar a las familias a hacer movimientos precipitados hacia nuevos matrimonios u hogares

A MODO DE CONCLUSIÓN

El modelo del duelo, entendido como un proceso en el que alguien que ha sufrido la pérdida de alguien o algo importante para él, se adapta a vivir sin ello, resulta de utilidad para estructurar la ayuda que puede prestarse a personas que sufren pérdidas como consecuencia de guerras, violencia, catástrofes o experiencias *traumáticas*. Tiene la ventaja sobre los modelos que entienden estos mismos problemas como resultado de una agresión al organismo por un agente traumático de otorgar un papel al superviviente y a su entorno en el proceso de resolución y tiene, por sí misma un sentido normalizador. Este modelo sirve para guiar actuaciones a diferente nivel, que se ha expuesto en el texto.

BIBLIOGRAFÍA

SECCIÓN 4. TÉCNICAS ESPECÍFICAS EN EL TRATAMIENTO DE REACCIONES POSTRAUMÁTICAS

Parte 1. La exposición en el tratamiento de reacciones postraumáticas. **Vanessa Apellániz Martínez**

La técnica de exposición ha sido ampliamente utilizada en el tratamiento de los trastornos de ansiedad (fobias específicas, fobia social, agorafobia) ya desde los años sesenta²⁶⁴⁻²⁶⁵. Su aplicación al trastorno de estrés postraumático (TEPT) ha sido posterior, siendo en la actualidad, diversos los autores que consideran la exposición como una técnica aplicable también en el caso de los síntomas postraumáticos^{266, 267}.

El objetivo fundamental del presente capítulo es presentar un protocolo de aplicación de la técnica de exposición en los síntomas postraumáticos^a. Previamente se hará una breve introducción de sus fundamentos teóricos y de aspectos conceptuales básicos.

1. Modelos teóricos. ¿Por qué funciona la exposición?

La exposición fue desarrollada en sus orígenes en el contexto de las teorías del aprendizaje, fundándose sus principios teóricos en la teoría de los dos factores de Mowrer. Este modelo se desarrolló inicialmente para explicar la adquisición de las fobias, considerando que la persona asocia experiencias o estímulos aversivos (EI) pasados (p.e. un atraco) con otros estímulos de naturaleza más inocua (EC) que pudieron estar presentes en la situación (p.e. los bancos). El resultado es la presencia de conductas de evitación ante estos segundos estímulos condicionados con el fin de no experimentar la respuesta de ansiedad, lo que daría lugar a un mantenimiento del miedo en estas situaciones. La respuesta de evitación quedaría reforzada por la disminución de la ansiedad que supone. La exposición pretendería enfrentar al sujeto a estos estímulos temidos impidiéndole la respuesta de evitación. Fruto de una exposición prolongada se darían dos resultados: por un lado, la respuesta de ansiedad se extingue; por el otro, empieza a desaparecer la asociación entre EI y EC al comprobar el sujeto que la presentación de este último (EC) ya no es seguida de la consecuencia temida (EI).^{b268, 269} (Ir a un banco no implica ser atracado).

Cuadro 1. Modelo bifactorial de Mowrer

Asociación estímulo incondicionado (EI) con estímulo condicionado (EC).	<ul style="list-style-type: none">• EI (accidente) → RI^c (ansiedad, miedo)• EI (accidente) junto a EC (avión)• EC (avión) → RC^d (ansiedad, miedo)
La conducta de evitación es reforzada por el alivio que supone la no aparición de ansiedad (RC)	<ul style="list-style-type: none">• Evitación → disminución de ansiedad (RC)• La disminución de la ansiedad es una consecuencia reforzante o positiva• La evitación se mantendrá al ser reforzada

^a Es necesario señalar que el protocolo de aplicación de la exposición aquí propuesto es solo una de las diversas posibilidades que las técnicas de exposición ofrecen en su aplicación.

^b Para una revisión más amplia de la literatura consultar: Levis, 1980; Stampfl y Levis, 1969; Marks, 1975

^c Respuesta incondicionada (innata).

^d Respuesta condicionada (aprendida)

Otras aportaciones más modernas, y más específicas del papel de la exposición en el TEPT, resaltan el papel que la exposición tiene al permitir al sujeto introducir información incompatible con los esquemas irracionales generados a partir de la situación traumática²⁷⁰ (estructura del miedo). Desde otros puntos de vista, se enfatiza el aumento de la sensación de control que puede generar el enfrentarse al evento temido o la posibilidad de encontrar nuevas explicaciones, más adaptativas, al evento traumático fruto de las continuas revisiones del mismo en un contexto seguro. Por lo tanto, en el caso concreto de las reacciones postraumáticas se pueden considerar los fundamentos teóricos que a continuación se resumen en el *cuadro 2*.

Cuadro 2. Fundamentos teóricos de la exposición en el TEPT

<p style="text-align: center;">EXPOSICIÓN</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p style="text-align: center;">SINTOMAS</p> <p style="text-align: center;">POSTRAUMATICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Extinción del miedo o ansiedad. ➤ Disminución de la evitación (cognitiva o manifiesta) ➤ Modificación de la estructura del miedo ➤ Disminución de los sentimientos de indefensión y aumento de la sensación de control. ➤ Expresión y procesamiento de afecto asociado al trauma. ➤ Adaptación del recuerdo traumático a los esquemas del individuo.
--	---

2. Definición y aspectos básicos de aplicación

Cómo hemos visto, la utilización de la técnica de exposición en el tratamiento de síntomas postraumáticos tiene que ver con la valoración que el terapeuta hace de lo beneficioso que puede resultar para el paciente enfrentarse a situaciones que le generan niveles elevados de ansiedad con el fin de poder controlar dichas situaciones y enfrentarse a ellas con una disminución significativa del miedo. Esto por otra parte, ayudaría al paciente a poder pensar sobre estas situaciones e integrarlas en el contexto de su experiencia general.

Sin embargo, tras haber elegido la exposición como técnica de tratamiento, el terapeuta tendrá que ir tomando una serie de decisiones respecto a la modalidad de exposición que utilizará, la conveniencia o no de aplicar la técnica teniendo en cuenta las peculiaridades del caso, así como la consideración de los factores potenciadores de un buen resultado terapéutico. En el siguiente cuadro se resumen los principales aspectos que deberán tenerse en cuenta:

Cuadro3. Cuadro-resumen de aspectos conceptuales de la exposición.

Definición	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La técnica de exposición es un procedimiento en el que el terapeuta trata de enfrentar a la persona a situaciones temidas sin permitirle escaparse de ellas. La exposición debe ser suficientemente larga para que se produzca una disminución de ansiedad.
Tipos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Exposición en vivo</i>. La persona es confrontada directamente con aquellos estímulos o situaciones generadoras de ansiedad. ➤ <i>Exposición en imaginación (o encubierta)</i>. La persona evoca imágenes detalladas de la situación ansiógena. El objetivo es que el individuo reviva el suceso de tal forma que se pueda exponer a la ansiedad que éste le genera.
Cuál aplicar: ¿exposición en vivo o en imaginación?	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La <i>exposición en vivo</i> es considerada, en general, más eficaz que la exposición encubierta por lo que cuando es posible se prefiere utilizar exposición en vivo. ➤ La <i>exposición en imaginación</i> está indicada en las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Como paso previo a la exposición en vivo en aquellos individuos que

no se atreven a realizarla desde el principio.

- Cuando la exposición en vivo es de muy difícil aplicación (ej. miedo a catástrofes).
- En el TEPT con predominancia de síntomas de naturaleza cognitiva como pesadillas o recuerdos intrusivos.

En el caso del TEPT, es interesante la utilización de ambas modalidades. A menudo la intervención durante las sesiones estará centrada en la *exposición en imaginación* al recuerdo del suceso traumático. Sin embargo, ésta puede completarse con autoexposiciones del sujeto a situaciones evitadas como tarea para casa.

Cómo debe Ser	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Con sesiones de larga duración^{271a} ➤ Con sesiones frecuentes (generalmente una semanal) ➤ Con máxima implicación atencional del paciente ➤ Que provoque reacción emocional intensa
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Corta duración del tratamiento ➤ Eficacia contrastada en diversos estudios ➤ Baja tasa de recaídas
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nivel de malestar provocado en la persona^{272273b} ➤ Abandonos ➤ En algunos casos es necesario completar la terapia con otras técnicas

Cuadro 4: Indicaciones y contraindicaciones de la terapia de exposición.

La Exposición funciona bien en...	La Exposición no funciona bien en...	Contraindicado en...
✓ Trauma puntual (p.e. accidente de coche)	▪ Bajos niveles de síntomas intrusivos	x fracasos anteriores con exposición.
✓ Miedo	▪ Síntomas disociativos	
✓ Mayor intensidad del trastorno (elevada respuesta de ansiedad)	▪ Ira	x Impulsividad
✓ Conductas manifiestas de evitación	▪ Culpa intensa	
✓ Estado de ánimo normal	▪ Patología asociada (depresión, ansiedad)	x Riesgo de suicidio
Expectativas de autoeficiacia	▪ Problemas en la visualización	x Baja tolerancia al estrés
		x Abuso al alcohol

^a Algunos autores consideran que la exposición debe durar un mínimo de 30 minutos (Carnwath y Millar, 1989), otros recomiendan que la duración sea de 45- 60 minutos (Foa et al, 1995)

^b A pesar de que una de las críticas más frecuentes a este tipo de técnicas es su potencial dañino para el paciente, dada la elevada respuesta emocional que producen, son numerosos los trabajos que ponen de manifiesto la inocuidad del enfoque y su eficacia (Levis y Boyd, 1985; Levis y Hare, 1997; Echeburúa y Corral, 1997; Vaughan y Tarrier, 1992).

3. Aplicación de la técnica de exposición

Una de las principales ventajas de la exposición es que puede aplicarse en un número limitado de sesiones, permitiendo el desarrollo de programas de tratamiento de relativa brevedad y apareciendo mejoría en ocasiones desde las primeras sesiones de aplicación de la técnica. A continuación se presenta un protocolo de aplicación junto con algunas consideraciones que pueden resultar de interés para una correcta intervención.

3.1. La evaluación

La fase inicial de tratamiento (suele comprender las primeras dos sesiones) tiene como objetivo la recogida extensa de información, ayudándole al paciente a contar su experiencia, teniendo en cuenta que tal vez sea la primera vez que lo haga. En el caso de los síntomas postraumáticos el terapeuta deberá ser especialmente cuidadoso en la recogida de información centrandose en la construcción de una sólida alianza terapéutica, pero asegurando también la recogida de toda la información necesaria para una adecuada implementación de la exposición.

Cuadro 5.1. Fases del proceso de exposición (I)

FASE I. La evaluación

Objetivos

- Se intentará **recoger información** sobre los siguientes aspectos:
 - Datos sociodemográficos
 - Información diagnóstica: sintomatología propia del trastorno (pesadillas, flashbacks, conductas de evitación, hiperactivación) y posible comorbilidad con otros trastornos (depresión, ansiedad, conductas adictivas, etc.).
 - Curso y desarrollo.
 - Situaciones en que suelen aparecer los síntomas que serán objeto de tratamiento.
 - Agentes mantenedores.
 - Recursos positivos de afrontamiento.
 - Intentos previos de solucionar el problema y motivos por los que fracasaron.

Recursos técnicos

- Los **instrumentos** que pueden utilizarse para realizar la evaluación son:
 - *Entrevista*
 - Es el procedimiento que permite una recogida más amplia de información.
 - Favorece la verbalización por parte del paciente.
 - Da la oportunidad al terapeuta de mostrarse empático.
 - Suele comenzarse con la realización de preguntas abiertas que permitan la exposición libre del problema. Posteriormente se podrán ir formulando preguntas más concretas que permitan la recogida de información específica sobre el trastorno.
 - *Autoinformes* (cuestionarios, inventarios, escalas)^{27a}
 - Son útiles para completar la información recogida en la entrevista.
 - Aportan información concreta y objetiva.
 - *Autorregistros*
 - Permiten a la persona llevar a cabo una observación y registro de su propia conducta.
 - Dan información sobre la manifestación del problema en la vida cotidiana del paciente.
 - Pueden referirse a conductas observables, cogniciones o reacciones psicofisiológicas.

*Consideraciones para una buena praxis

- √ **Alianza terapéutica.**
 - La persona debe percibir un clima de confianza (McFarlane, 1994), ya desde la primera fase, para atreverse a hacer algo que hasta ahora había sido incapaz de hacer por sí misma.
 - Durante la entrevista inicial a parte de la labor de recogida de datos, estamos contribuyendo a que el paciente cuente su historia, en este caso referida al suceso traumático. La exposición del problema ante el terapeuta debe ser aprovechada para confirmar empatía y aceptación.

3.2. Aspectos previos a la exposición

En la siguiente etapa del proceso (suele corresponder a la tercera sesión de tratamiento) el terapeuta hará una devolución de los datos obtenidos en la evaluación, tratando de normalizar los síntomas y de desestigmatizar las reacciones del paciente. En la línea de lo comentado anteriormente, esto contribuirá a que la persona se sienta comprendida favoreciéndose así la alianza e incrementando

^a Algunos ejemplos de estos cuestionarios son: Traumatic Events Questionnaire (TEC; Vrana y Lauterbach, 1994); Traumatic Events Scale (TES; Elliot, 1992); Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PSD; Foa, 1995); Detailed Assessment of Posttraumatic Stress (DAPS; Briere, 2001). Para una revisión más detallada consultar Briere, 2004.

la sensación de confianza que será fundamental para que el paciente se decida a exponerse. El siguiente paso será explicarle la técnica de la manera más clara posible (utilizando ejemplos), asegurándonos de que el paciente entiende el sentido del procedimiento antes de proceder a su aplicación. Es importante que el paciente vea claro por qué funciona para evitar abandonos posteriores. Por último, terapeuta y paciente procederán a diseñar el plan de tratamiento.

Cuadro 5.2. Aspectos previos al proceso de exposición

FASE II. Aspectos previos a la aplicación

Objetivos

- **Devolución** de los resultados de la evaluación
 - *Explicación* de la naturaleza de las respuestas traumáticas.
 - *Normalización* y legitimación de las respuestas de ansiedad como “habituales” ante situaciones de tipo traumático. Se le puede hacer ver a la persona su respuesta como una reacción normal ante una situación anormal (ver volumen I, *Trauma y Resistencia*).
 - *Reconceptualización* de los síntomas señalando su valor adaptativo como signos de recuperación, puesto que constituyen esfuerzos de afrontamiento.
- Explicación de la **técnica**.
 - El modelo bifactorial de Mowrer desarrollado en el apartado de “modelos teóricos” se puede tomar como referencia para explicar la disminución de ansiedad a través de la exposición prolongada al evento traumático.
 - Se puede recurrir también a ejemplos que ayuden al paciente a comprender mejor el proceso que se va a llevar a cabo:

“Lo que haremos en las sesiones es algo parecido a lo que ocurriría si viéramos una película de miedo una y otra vez. Al principio puede provocarnos mucho miedo, pero si la viéramos veinte veces dejaría de asustarnos tanto. De forma similar, al evocar repetidamente un evento temido, éste irá provocando cada vez menos miedo al irlo recordando en un ambiente seguro y comprobando que las consecuencias temidas no se cumplen” (Traducido de Falsetti y Resnick, 1994).

- Explicación de las **tareas para casa**
 - Las tareas para casa favorecen la habituación de la ansiedad al llevarse a cabo exposiciones frecuentes, de forma que se continúa el trabajo realizado en la consulta.
 - Favorecen la implicación del paciente en el proceso y el incremento de su percepción de control.
- **Diseño** del plan de tratamiento
 - Se establecerá el número de sesiones, duración y frecuencia de las mismas así como el material de exposición que se utilizará, todo ello de manera consensuada con el paciente.
 - Se acuerdan también los aspectos referentes a las tareas para casa (contenidos, duración, frecuencia, presencia o no de coterapeuta).
- Entrenamiento en la utilización de la **Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (SUD)**.^a

***Consideraciones para una buena**

- √ **Lenguaje no científico**
 - Las diversas explicaciones que se dan en esta fase (sobre la técnica y sobre el trastorno)

^a La escala SUD es el procedimiento de registro que se empleará durante la exposición al recuerdo traumático durante las sesiones y en las tareas para casa. Se le pide al sujeto que valore su nivel de ansiedad en un rango de 0 a 100 (aunque según los casos puede simplificarse utilizando valores de 0 a 10).

praxis

deben realizarse en un lenguaje adaptado a las necesidades y recursos del paciente.

- ✓ **Utilizar ejemplos siempre que sea posible.**
- ✓ **Tener en cuenta el “*timing*”.**
 - La reconceptualización de los síntomas como una reacción “normal” debe hacerse una vez se ha escuchado al paciente y su dolor emocional, evitando hacerlo demasiado pronto.
- ✓ **Crear expectativas realistas** y considerar la posibilidad de recaídas.
- ✓ **Programa de tratamiento adaptado al caso**
 - En ocasiones la exposición irá incluida en un plan de tratamiento más amplio que incorpore otras técnicas según las necesidades presentadas (p.e. reestructuración de cogniciones que interfirieren con la exposición, entrenamiento en habilidades de afrontamiento para reanudar la vida cotidiana y hacer frente a problemas inmediatos, etc.)

3.3. La exposición

Las siguientes sesiones (3-8) constituyen el núcleo central de la intervención. La mayor parte de la sesión (45-50 minutos) estará dedicada a realizar la exposición. El resto del tiempo queda ocupado principalmente por lo que respecta a las tareas para casa, tanto el comentario de las mismas al inicio de la sesión (evolución de la ansiedad, dificultades, etc), como la planificación de las que se realizarán en el periodo intersesiones, al final de la sesión.

Cuadro 5.3. Fases del proceso de exposición (III)

Fase III: La exposición

Objetivos

- Habitación progresiva de la **ansiedad** a través de las sucesivas exposiciones al recuerdo de la situación traumática.
- Disminución de las **conductas de evitación** a estímulos temidos.
- Disminución del malestar provocado por la **sintomatología intrusiva** marcando a este respecto los siguientes objetivos

Aspectos de procedimiento

- **Exposición** en imaginación
 - El sujeto relata el suceso traumático en voz alta, intentando evocar la mayor cantidad de detalles posibles.
 - La exposición debe durar entre 45 y 60 minutos. Si el recuerdo es de menor duración, se pedirá al sujeto que vuelva a repetirlo hasta que transcurra el tiempo mínimo necesario para asegurar la habituación de la ansiedad (Meichembaum, 1994).
- **Registro** de los niveles de **ansiedad** del sujeto durante el relato
 - Cada 5-10 minutos se le pide al sujeto que informe del nivel de ansiedad experimentado (escala SUD), intentando que no pierda la concentración en la escena evocada.
 - Se espera conseguir respuestas de ansiedad de gran intensidad (50-70

SUDS mínimo).

- El nivel de ansiedad del paciente debe haber disminuido antes de que finalice la sesión.

- **Tareas para casa**

- La exposición en vivo a situaciones temidas se puede programar desde la primera sesión de tratamiento (una vez concluida la evaluación).
- Una vez grabado en cinta el recuerdo del suceso traumático, el paciente podrá comenzar a realizar la autoexposición en casa.^a

- **Evaluación** de los resultados de la exposición

- Se discuten con el paciente las reacciones surgidas durante la exposición y la evolución de la ansiedad a lo largo de la sesión.
- El terapeuta reforzará la idea de que exponerse al recuerdo temido produce a la larga un descenso de la ansiedad.
- Se espera que la disminución de la ansiedad producida durante la exposición aumente la motivación del paciente y garantice la confianza en el tratamiento.

***Consideraciones para una buena praxis**

√ **Valorar la capacidad de visualización.**

- Antes de realizar la primera exposición deberá evaluarse la capacidad imaginativa del paciente. En caso de que la persona presente problemas para la visualización se aplicarán técnicas adecuadas para su entrenamiento.^b

√ **La persona no solo debe describir el evento sino que debe revivirlo.**

- El paciente describirá el evento en voz alta, en tiempo presente e incorporando sentimientos, pensamientos, elementos del contexto, significados personales, etc.
- Se intentará incluir detalles correspondientes a diversas modalidades sensoriales con el fin de incrementar la vivacidad (p.e. sonidos de una voz, olor de una persona, frío de la noche).
- El terapeuta puede realizar preguntas con el fin de promover el proceso de reexperimentación^c
- Todo lo anterior se le puede formular al paciente de la siguiente manera:

“Te voy a pedir que evoques los recuerdos de aquel suceso. Es mejor que cierres los ojos para que no te distraigas. Deberás revivir estos recuerdos lo más vívidamente posible. Quiero que te imagines el evento en tiempo presente como si estuviera ocurriendo justo ahora. Cerrarás los ojos y me dirás lo que ocurrió lo más detalladamente posible. Esto incluye información sobre los alrededores, lo que hacías tú, lo que hacía el agresor,

^a La grabación del recuerdo traumático (que se hará en la primera sesión de exposición) en cinta debe realizarse siempre en consulta y en presencia del terapeuta ya que es importante, sobretodo en los momentos iniciales del tratamiento, que el sujeto se encuentre contenido y en un ambiente que le inspire seguridad y confianza.

^b Se suele comenzar proponiendo al paciente escenas cotidianas, en general de más sencilla visualización, para ir pasando a otras más complejas, en las que pueden aparecer, por ejemplo, contenidos de fantasía. Deben incluirse en las escenas elementos de distintas modalidades sensoriales.

^c La exposición al recuerdo traumático puede tener como consecuencia la recuperación de recuerdos a los que la persona no podía acceder y que más bien parecía evitar. El revivir el acontecimiento traumático repetidamente puede dar lugar a la recuperación de estos recuerdos (durante o después de la presentación). El evitar pensar en algo tiende a disminuir su presencia en la conciencia de la misma manera que pensar repetidamente sobre algo tiende a maximizar su recuerdo.

cómo te sentiste, incluyendo las respuestas fisiológicas (ej. aceleración cardiaca) y qué pensaste. Si te sientes muy mal y deseas huir o evitar la imagen yo te ayudaré a mantenerla. Grabaremos la descripción en cinta de forma que puedas escucharla en casa. De vez en cuando, mientras revives la situación te pediré que me digas el nivel de ansiedad que estás sintiendo. Por favor, responde rápido y no abandones la imagen". (Traducido de Foa, Riggs y Massi²⁷⁵e, 1995).

√ **Detectar la evitación cognitiva**

- Es necesario asegurarse de que el paciente está atento a lo relatado y no que esté escuchando su relato pero pensando en otras cosas con el fin de evitar el malestar.
- La evitación se pone de manifiesto, por ejemplo, cuando se observa una falta de concordancia entre la tranquilidad manifestada por el paciente y la ansiedad que sería esperable al revivir una situación de naturaleza traumática.
- La evitación cognitiva puede interferir con la eficacia de la exposición por lo que es importante que el terapeuta esté atento a ella para detectarla lo antes posible cuando se dé.

3.3. Finalización

La última sesión (sesión 9) se destinará a la valoración global del tratamiento y la planificación del seguimiento. El trabajo sobre autoatribución de los logros conseguidos, así como la prevención de recaídas, se puede iniciar ya desde la séptima sesión (aunque se siga realizando exposición, se espera que en esta sesión la disminución de ansiedad habrá sido ya altamente significativa).

Cuadro 5.4. Fases del proceso de exposición (IV)

Fase IV: Finalización

Objetivos	<ul style="list-style-type: none">• Reforzar la disminución de ansiedad conseguida a lo largo de las sesiones.• Prevención de recaídas<ul style="list-style-type: none">○ Se trabajará sobre posibles indicadores tempranos de la respuesta de ansiedad y técnicas de prevención.^a• Autoatribución de los resultados de tratamiento<ul style="list-style-type: none">○ Se intentará promover sentimientos de autoeficacia en el paciente.○ Se debe favorecer y potenciar la idea de que es el propio paciente quien está realizando los avances y logros.• Generalización de resultados<ul style="list-style-type: none">○ Se presentará el tratamiento como un aprendizaje que la persona puede utilizar en ocasiones futuras.
------------------	--

^a Parece que ante la reaparición de síntomas, la realización de una o dos sesiones de reexposición suele ser suficiente para su remisión.

- Planificación de sesiones de **seguimiento**.
 - Las citas de seguimiento se irán espaciando si la mejoría se mantiene, pudiendo ser al principio al cabo de un mes, pasando después a tres meses, seis meses o un año.

Cuadro 6. Ejemplo de una sesión- tipo en un programa de exposición

Ejemplo de sesión intermedia de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de las tareas para casa (autoexposición en vivo y/o en imaginación) • Exposición en imaginación (registro de la ansiedad cada 10 minutos en la escala SUD) • Discusión con el paciente de lo sucedido durante la exposición (evolución ansiedad, incorporación de nueva información al recuerdo, etc.) • Reforzar disminución de la ansiedad conseguida • Acuerdo de las tareas para casa de la siguiente semana.
--	---

4. Un complemento necesario: las tareas para casa

Teniendo en cuenta que, como se ha comentado anteriormente, uno de los fundamentos de la exposición es la extinción de la ansiedad fruto del enfrentamiento que el sujeto hace al estímulo o situación temida, la repetición tendrá un valor fundamental para potenciar y consolidar el proceso.

En el caso de los síntomas postraumáticos tendremos en cuenta los siguientes aspectos en la planificación de las tareas para casa:

Cuadro 7. Consideraciones sobre las tareas para casa.

Tipo	<ul style="list-style-type: none"> ○ En imaginación: autoexposición al relato grabado en cinta durante 20 minutos ○ En vivo: autoexposición a situaciones evitadas. Se puede realizar una jerarquía de situaciones temidas y que el sujeto proceda a realizar exposiciones graduales.
Coterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> ○ Suele acompañar al paciente en las primeras sesiones de autoexposición, desapareciendo gradualmente conforme se avanza en el tratamiento^{276a}. ○ Debe ser adecuadamente instruido por el terapeuta.
Registro de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> ○ El paciente registrará la ansiedad durante las autoexposiciones (escala SUD). Los registros se discutirán con el terapeuta en la siguiente sesión.

^a Se suele considerar que la presencia del coterapeuta debe ser del 0% alrededor de la cuarta semana (Echeburúa y De Corral, 1993; Pérez Pareja, 2003)

5. Variedades en los procedimientos de exposición

Se puede hablar de diferentes modalidades terapéuticas de exposición. Las principales distinciones tienen que ver con el modo de presentar el material al que ha de enfrentarse el paciente (en vivo o en imaginación; de forma brusca o gradual). No obstante, algunas de ellas incorporan elementos adicionales a la mera exposición. A continuación procedemos a presentar un resumen de las principales técnicas:

➤ **Inundación** (exposición prolongada)

- Presentación *brusca* del estímulo
- Presentación *en vivo*.
- No busca respuesta incompatible con la ansiedad.
- Se espera disminución de la ansiedad por habituación.

➤ **Inundación en imaginación**

- Presentación *brusca* del estímulo
- Presentación de manera *imaginada*.
- No se busca respuesta incompatible.
- Se espera disminución de la ansiedad por habituación.

➤ **Implsión**

- Presentación *brusca* del estímulo
- Presentación *en imaginación*.
- El terapeuta añade al material de exposición estímulos hipotetizados que puedan estar relacionados con los estímulos temidos teniendo en cuenta la historia personal del paciente.^a
- Se busca la máxima respuesta emocional posible.
- No se busca respuesta incompatible.

➤ **Exposición gradual**

- Exposición *progresiva* al estímulo temido (elaboración de jerarquía).
- Presentación *en vivo*.
- No se busca respuesta incompatible.

➤ **Desensibilización sistemática**

- Exposición *progresiva* al estímulo temido (elaboración de jerarquía).
- Presentación de los ítems *en imaginación*.
- Se busca respuesta incompatible con la ansiedad (relajación)

^a Los estímulos hipotéticos comprenden especialmente: expresión de hostilidad y agresividad hacia figuras paternas, experiencias de rechazo, abandono, privación, debilidad, culpabilidad, vergüenza, incluso experiencias sexuales (Lamontagne, 1981).

Cuadro 8. Procedimientos de exposición

	Brusca	Graudal
En vivo	- Inundación	- Exposición gradual
En imaginación	- Inundación imaginaria - Implosión	-Desensibilización sistemática (respuesta incompatible)

6. Técnicas compatibles con exposición

Como se ha comentado en el capítulo de aplicación de la técnica, la exposición en ocasiones necesita ser integrada en un programa de tratamiento más amplio en el que se incluyan otras técnicas. Algunos argumentos para ampliar del plan de tratamiento son: abordar aspectos no incluidos en los objetivos de la exposición, potenciar los efectos de la técnica, adecuar el estado de ánimo a niveles óptimos que permitan aplicar la técnica, entrenar en estrategias de afrontamiento, etc. Algunas de las técnicas más empleadas con exposición son:

➤ **Reestructuración cognitiva (RC)**

En ocasiones ciertas creencias irracionales interfieren el proceso de exposición. El terapeuta puede pedir al paciente que registre, como tarea para casa, aquellos pensamientos disfuncionales que aparezcan en el curso de la autoexposición. Se puede trabajar también sobre las creencias acerca de la peligrosidad del mundo y la carencia de control sobre los hechos que ocurren a las personas. La decisión de utilizar técnicas de tipo cognitivo requiere un entrenamiento extra del paciente y alargan el proceso de tratamiento, por lo que antes de decidir su inclusión en el programa, el terapeuta deberá realizar una adecuada valoración del caso.

➤ **Entrenamiento en inoculación del estrés (EIE).**

Se ha aplicado solo de una manera limitada al caso de “víctimas” utilizándose principalmente en el caso de violaciones y ataques terroristas²⁷⁷ Sin embargo, algunos autores consideran necesario enriquecer la exposición con un procedimiento que ayude al paciente a interpretar de forma más adaptativa lo sucedido y a reconstruir sus creencias básicas sobre sí mismos y el mundo. Es decir, con la incorporación del EIE se pretende ayudar a los pacientes a redefinir sus reacciones así como su misma condición de víctimas

➤ **Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.**

Diversos autores²⁷⁸⁻²⁷⁹ han considerado útil el entrenamiento en habilidades de afrontamiento (relajación, entrenamiento en asertividad, recuperación de actividades placenteras, etc). Estas habilidades pueden facilitar la decisión del paciente de enfrentarse a la situación temida al aumentar su sensación de control.

➤ **Entrenamiento en solución de problemas.**

Puede ser útil en situaciones en que problemas concretos puedan estar incrementando los niveles de ansiedad e interfiriendo en el progreso de la terapia (p.e. asuntos legales)

Anexo 1. Caso clínico

M. es una mujer de 53 años de edad que acude a consulta derivada desde el servicio de Atención Primaria, tras haber tenido que acudir al Servicio de Urgencias de su hospital de referencia por un cuadro de ansiedad. El episodio de ansiedad fue desencadenado por un altercado que tuvo la paciente con uno vecinos, recibiendo tanto ella como una de sus hijas insultos y agresiones físicas (sin secuelas graves). Ambas coincidieron de nuevo con los vecinos en la comisaría de policía el mismo día del incidente cuando se dirigían a denunciar lo ocurrido. En la comisaría se genera un nuevo altercado al verse la paciente acusada por sus vecinos que le amenazan con denunciarla. Este incidente desencadena una nueva crisis de ansiedad por lo que el personal de policía le recomienda acudir al hospital.

La experiencia sufrida resultó altamente impactante para la paciente por lo inesperado de la situación (los vecinos la esperaban escondidos en el rellano de la escalera y la sorprendieron cuando subía con la compra), por los sentimientos de impotencia e indefensión (uno de los vecinos era un varón joven, alto y corpulento) y por el temor que llegó a experimentar por su vida y la de su hija.

Cuando acude a su centro de Salud Mental correspondiente la paciente presenta: flashbacks, pesadillas y sintomatología ansiosa inespecífica. No se cumplían el resto de criterios para el diagnóstico de TEPT, no obstante, la frecuencia de imágenes intrusivas era diaria y producía un malestar altamente significativo para la paciente, lo que condujo a la decisión de realizar una intervención específica sobre las mismas a través de exposición.

Plan de tratamiento

1. Evaluación. Se recogió información sobre los siguiente aspectos:

- *Exploración clínica:* frecuencia de flashbacks y pesadillas, desencadenantes, nivel de malestar producido, etc.
- *Evaluación del estado de ánimo.* En este caso no fue necesario llevar a cabo una intervención específica sobre sintomatología depresiva.
- *Recursos positivos de afrontamiento*
- *Nivel de motivación* para el tratamiento. Fue valorada como bastante alto desde el principio.

2. Aspectos previos a la aplicación

- *Normalización de los síntomas.* Se presentaron los flashbacks como un intento del cerebro de asimilar la experiencia. También se aportó información a la paciente sobre el hecho de que un amplio porcentaje de población desarrolla síntomas de este tipo antes situaciones de naturaleza altamente estresante o traumática.
- *Explicación de la técnica.* Se enfatizó la importancia de la exposición a las imágenes intrusivas, dada la dificultad que supone suprimir voluntariamente ciertos pensamientos, dándose paradójicamente el efecto contrario. Es decir, que al proponernos no pensar en algo parece inevitable hacerlo.
- Entrenamiento en el registro de la ansiedad a través de la escala de *Unidades Subjetivas de Ansiedad*.

- *Descripción del contenido de las imágenes intrusivas.* Se realizó una descripción detallada por escrito del relato que serviría de material de exposición (incidente en la escalera con los vecinos).
- *Evaluación de la capacidad de visualización* de la paciente que no presentó problemas a este respecto.
- *Plan de tratamiento.* Se acordó con la paciente llevar a cabo un programa de tratamiento a lo largo de nueve sesiones de 90 minutos de duración con una frecuencia semanal (tanto el número de sesiones como la duración de las mismas estaría sujeta a cambios según la evolución de los síntomas). También se acordó que la paciente haría autoexposiciones diarias en casa al relato grabado durante 15-20 minutos estando acompañada por un coterapeuta (una de sus hijas) en las primeras sesiones.
- Respecto a los *flashbacks* los objetivos acordados fueron:
 - Aceptar e integrar la experiencia representada en los flashbacks.
 - Aumentar la sensación de control ante su aparición.
 - Recuerdo del incidente bajo control (voluntariamente) con un nivel reducido de estrés y sufrimiento.

3. Sesiones de exposición.

- *Recogida de información* de la evolución de los síntomas durante la semana.
- *Discusión* de las tareas para casa. Durante el proceso se detectó que la paciente evitaba salir de casa a ciertas horas para no encontrarse con los vecinos. Se trabajó estas conductas evitativas y se le instó a realizar exposición en vivo a estas situaciones también como tarea para casa.
- *Exposición* a las imágenes intrusivas durante 45-50 minutos. La paciente relataba en voz alta la imagen acordada como material de exposición incluyendo el máximo número de detalles posibles. Se evaluó la ansiedad cada 5 minutos. La terapeuta estuvo siempre atenta a que la paciente reexperimentase lo descrito y a que no se produjera evitación cognitiva. La intensa expresión emocional de la paciente y las reacciones fisiológicas experimentadas (p.e. aceleración cardíaca) indicaban que estaba reexperimentando el incidente.
- Tras las primeras dos sesiones de exposición ya se observó una considerable disminución de la ansiedad, hasta el punto de llegar a replantearse el mantenimiento del plan de tratamiento íntegro tal como se había planteado. Finalmente se decidió mantener el diseño inicial, conservándose el número inicial de sesiones, dada la presencia de estresores (juicio, problemas familiares) que podían interferir con los resultados de la intervención.

Tras las nueve sesiones de tratamiento pactadas en el diseño inicial y en seguimiento a un año, la paciente no experimentaba flashbacks ni pesadillas y era capaz de encontrarse con sus vecinos sin experimentar incremento significativo de ansiedad.

Parte 2

EMDR y Trauma. Beatriz Rodríguez Vega, Carmen Bayón Pérez, Blanca Amador Sastre

El modelo EMDR no derivó en sus inicios (1989) desde una perspectiva teórica, sino que fue descrito por su autora, Francine Shapiro, después de una observación casual que ella misma experimentó²⁸⁰. La autora relata que mientras estaba teniendo una vivencia molesta y dolorosa, observó que el movimiento ocular rápido espontáneo de sus ojos producía un alivio del estado emocional generado por una situación y al mismo tiempo se asociaba con cambios en las cogniciones. Esa observación causal se siguió de una puesta en práctica del procedimiento en numerosos pacientes, entre ellos veteranos de la guerra de Vietnam diagnosticados de Trastorno por estrés postraumático crónico, con buenos resultados. En el momento actual, el EMDR es considerado tanto por la American Psychological Association como por la Sociedad Internacional para el estudio del Estrés Traumático, como un tratamiento efectivo para el Trastorno por estrés postraumático^{281_282}

Esta técnica terapéutica se denominó al principio Eye Movement Desensitization Reprocessing (Reprocesamiento y desensibilización a través del movimiento ocular rápido de los ojos) y Shapiro lo entendió primero como una desensibilización del material traumático que se producía a través del movimiento ocular rápido. El procedimiento se fue desarrollando y refinando hasta ser considerado hoy como un abordaje que se integra con facilidad con otros procesos psicoterapéuticos. De sus otras denominaciones iniciales como la de Modelo de procesamiento de información acelerado, por la rapidez con la que facilitaban los cambios, ha pasado a llamarse Modelo de procesamiento de información adaptativo²⁸³. En palabras de Shapiro, EMDR es una estrategia integradora que conjuga elementos de diferentes orientaciones, sintetizando elementos de modelos como el psicodinámico, cognitivo, conductual, experiencial y orientaciones corporales. Se identifican los acontecimientos pasados que contribuyen a la disfunción, los acontecimientos actuales que la desencadenan y las habilidades y recursos internos que necesitan ser incorporados para una vida plena y saludable²⁸⁴

EMDR se presenta como una técnica neuropsicológica que permite restablecer la homeostasis interna, fomentando que la información congelada, “no digerida” asociada al trauma, y que es revivida de diferentes formas una y otra vez, y que afecta (aunque haya ocurrido en el pasado muy lejano) a situaciones actuales, sea desensibilizada, procesada e integrada de forma adaptativa en el presente y de forma consciente.

La técnica EMDR fue la primera de un grupo de nuevas terapias que no recurría primariamente a la narración de experiencias traumáticas, sino que reclamaba ser capaz de integrar, de manera rápida y eficaz, los recuerdos traumáticos, demandando para ello que los pacientes con TEPT centraran intensamente su atención en las emociones, sensaciones y significado que tenía la experiencia traumática a la vez que seguían la mano del médico quien inducía la aparición de movimientos sacádicos oculares lentos²⁸⁵. Se han comunicado muy buenos resultados utilizando EMDR en personas víctimas de un único acontecimiento

traumático²⁸⁶⁻²⁸⁷ aunque las teorías acerca de si su eficacia se relaciona con variables únicas de este tratamiento o no sigue siendo objeto de controversias²⁸⁸. Shapiro recoge cifras entre el 85 y el 100% (Ironson, 2000) de tratamientos con éxito en estudios controlados con tres sesiones de 90 minutos. Sin embargo, los mismos autores afirman que en los sujetos que han sido víctimas de repetidos abusos en la infancia lo que ha influido profundamente en la configuración de la personalidad, el tratamiento es más largo y complicado²⁸⁹. Una de las explicaciones aportadas es que las emociones y sensaciones infantiles pueden ser desencadenadas por multitud de circunstancias en la vida

Durante el procedimiento no sólo utiliza la estimulación bilateral a través de provocar movimientos laterales de los ojos, sino también a través de pequeños golpecitos en los dos lados del cuerpo, por ejemplo en los hombros o las rodillas (tapping), o de estímulos auditivos bilaterales. Es por eso que el nombre primitivo de Eye Movement Desensitization Reprocessing parece inadecuado y limitante, y Shapiro plantea que las siglas mejor podrían corresponder a “Emotional and Mental Development and Reorganization” (Desarrollo y Reorganización Mental y Emocional).

Fundamentos del uso de EMDR

En todos los individuos hay un sistema fisiológico de procesamiento de información a través del cual las experiencias y la información nueva es procesada de forma adecuada dando lugar a respuestas adaptativas. La memoria es un proceso activo y constructivo, la mente está reensamblando de forma constante las antiguas impresiones a las que agrega la nueva información. La información se almacena en redes neuronales de memoria que contienen los pensamientos, las imágenes, emociones y sensaciones relacionadas con la experiencia. Los recuerdos no se consideran hechos precisos sino que son transformados en relatos que nos contamos a nosotros mismos y a los demás con el fin de transmitir una narración coherente de nuestra experiencia en el mundo. En raras ocasiones nuestra mente genera imágenes, olores, sensaciones o acciones musculares precisas que reproduzcan experiencias previas.

Sin embargo, en individuos con estrés postraumático, tras el episodio resurgen emociones, imágenes, sensaciones y reacciones musculares particulares, relacionadas con el trauma, que llegan a estar profundamente grabadas en la mente y que son reexperimentadas tiempo después sin que sufran transformaciones²⁹⁰. Los sujetos que padecen este trastorno son incapaces de superar el suceso traumático y minimizan su efecto. El proceso por el que los recuerdos no son procesados, no son integrados en el conglomerado de los depósitos de la memoria autobiográfica se denomina disociación, o lo que es lo mismo un fracaso en la integración de todos los elementos de la experiencia en un todo coherente.

Después de una experiencia traumática, la mente pierde la flexibilidad y se convierte en un agujero negro, se crea una especie de mundo sensorial helado. El desafío terapéutico es abrir las mentes de los pacientes a nuevas posibilidades de forma que se enfrenten a nuevas experiencias con apertura y flexibilidad, más que interpretar el presente como un continuo revivir el pasado.

El sujeto traumatizado no es consciente de las sensaciones físicas que precipitan las emociones de temor y las acciones amenazantes. No son conscientes que sus reacciones están causadas por un recuerdo, les falta una fuerza organizadora central que les ayude a colocar los elementos traumáticos en el contexto temporal y espacial correcto.

El tratamiento del TPET usando EMDR consiste en ayudar a los pacientes a superar las improntas traumáticas que dominan sus vidas, sensaciones, emociones y acciones que, aunque sean irrelevantes para la situación actual, son desencadenadas por estímulos internos o externos que reactivan antiguos estados mentales basados en el trauma. La persona víctima del trauma no es que “aprenda” un esquema de indefensión con el que reacciona posteriormente. En el momento de la reacción disfuncional sintomática, la persona está indefensa, porque la experiencia almacenada del trauma previo, la inunda emocional y físicamente y la atrapa en un circuito de respuestas inadecuadas. Es decir, las experiencias previas de la situación traumática (el miedo, la vergüenza, la aceleración del pulso o la respiración, los pensamientos acompañantes...) son las que son almacenadas y “disparadas” por estímulos posteriores dando lugar a reacciones no adaptativas. La emergencia de este material almacenado hace que el pasado se “actualice”.

El modelo de procesamiento de la información adaptativo (AIP) (Shapiro, 2001) se desarrolló para explicar los efectos terapéuticos del EMDR. El modelo AIP describe el proceso de aprendizaje que ocurre de forma natural, en el que nuevas experiencias se agregan a información similar almacenada, para alcanzar una solución adaptativa. El organismo cuenta con un sistema fisiológico, innato de procesamiento de información adaptativo que permite la codificación en redes de memoria asociativa de las percepciones y las cogniciones relacionadas con un acontecimiento. Este sistema es el que otorga al organismo un funcionamiento equilibrado, saludable y ecológico que nos ayuda a movernos de forma adaptativa en el mundo y que tiene un efecto directo no sólo en la cognición sino también en la emoción y en las sensaciones corporales. (Shapiro 2002). Así, cuando vivimos algún acontecimiento que nos trastorna, tras atravesar la primera fase de un correlato emocional y cognitivo negativo, se puede pasar otra fase en la que la persona puede cambiar los diálogos internos, o discutir lo ocurrido con personas de su entorno, o dormir y soñar, de modo que la experiencia pueda ir asimilándose y procesándose hasta permitir un tipo de respuesta adaptativa. Cuando ocurre esto, aprendemos lo que necesitamos de la experiencia vivida y deseamos lo innecesario, sin que nos afecte una y otra vez. Sin embargo, cuando una persona es víctima de un trauma, este sistema de procesamiento de información se desequilibra, el afecto intenso que acompaña al trauma puede bloquear el sistema y los componentes de un acontecimiento no se integran ni se procesan con otra información. Al no producirse las conexiones y asociaciones internas adecuadas, la experiencia queda almacenada de la misma forma que en el periodo de tiempo en que ocurrió y no se produce el proceso de aprendizaje que lleva a la resolución.

La persona que sufre síntomas postraumáticos quedaría atrapada en una estructura cognitiva dominada por preesquemas de peligro o desconfianza que desencadenarían respuestas no adaptativas en situaciones que recuerdan a la traumática original. La falta o la inadecuación de procesamiento de los elementos asociados al recuerdo sería la base para las reacciones disfuncionales futuras dominadas por estados afectivos negativos.

El EMDR considera que el núcleo del problema es el material almacenado y encapsulado con el acontecimiento etiológico, son las percepciones almacenadas en el contexto de un afecto predominante. Las creencias no se consideran lo fundamental en la patogenia del trastorno o en lo que tenemos que centrarnos para producir el cambio, más bien, las creencias se consideran como interpretaciones del afecto almacenado (Shapiro, 2002). Es decir, la respuesta afectiva a una amenaza a la supervivencia puede ocurrir independientemente de un análisis cortical del estímulo como peligroso.

Utilizando EMDR se facilitaría, a través del protocolo que se describe más adelante, el procesamiento de esa información. Durante el proceso, el paciente realizaría nuevas conexiones y asociaciones entre el recuerdo no procesado y la información adaptativa contenida en otras redes de memoria, y consecuencia de ello se produciría el cambio de las percepciones disfuncionales en otras más adaptativas y saludables (Van der Kolk, 1996). Los nuevos aprendizajes requieren que se hayan hecho conexiones, dentro de las redes de memoria asociativa, entre las experiencias del presente y las del pasado. El núcleo del trabajo con EMDR consiste en potenciar las conexiones a través de esos canales asociativos de la memoria.

Fases del tratamiento

EMDR es una terapia que facilitaría el procesamiento de información adaptativo innato en los individuos y que se lleva a cabo a lo largo de ocho fases. Durante el tratamiento, el paciente está atento a experiencias actuales y pasadas, en dosis secuenciadas, al mismo tiempo que se centra en un estímulo externo. Al paciente se le entrena para que deje que el nuevo material que va surgiendo sea el foco para la siguiente serie de estímulos externos (oculares, auditivos o kinestésicos). Esta secuencia de atención dual y asociaciones personales se repite varias veces durante una misma sesión.

A continuación se describe el procedimiento (Shapiro, 2002).

Fase 1: Recogida de la historia y planificación terapéutica. El propósito de esta fase es valorar la indicación del tratamiento y los objetivos clínicos más adecuados para el caso. Es importante valorar si existen ganancias o beneficios secundarios, los recursos personales del paciente y su sistema de apoyo.

Fase 2: El establecimiento de la relación terapéutica basada en la confianza y en la seguridad, la adecuación de las expectativas a objetivos factibles para el paciente, educación acerca de la naturaleza de los síntomas y la necesidad de una participación activa en el tratamiento, el entrenamiento en técnicas de autocontrol y habilidades de afrontamiento que ayuden a una disminución del afecto desagradable y potencian afectos positivos. Se pueden usar técnicas derivadas de la imaginación guiada, como la construcción de un “lugar seguro” o el uso de metáforas, como cuando se le dice al cliente que se imagine a sí mismo yendo en un tren y que los pensamientos e imágenes que le asaltan son como el paisaje que va pasando mientras él va viajando en el tren. Las técnicas de auto-control son importantes para que la persona tenga herramientas con las que enfrentarse a los síntomas entre sesiones y para cerrar sesiones que no han podido completarse. Recientemente se ha incorporado las técnicas de reprocesamiento en fases tempranas como esta para conseguir la potenciación de afectos positivos. Si un paciente no está preparado para iniciar el reprocesamiento del acontecimiento traumático, se empieza procesando recuerdos positivos con el objetivo de aumentar la fuerza del yo y hacer más accesibles a la persona afectos positivos relacionados con el valor y con la seguridad.

Fase 3: Terapeuta y paciente identifican el recuerdo, con su imagen mental, creencias negativas, afecto y sensaciones físicas asociadas, que servirá como primer foco o diana

durante la primera sesión de reprocesamiento. El paciente identifica la parte más representativa del recuerdo del trauma que sirve como representación circunscrita del recuerdo. A continuación se le pide al paciente una formulación de una creencia negativa que tuvo en ese momento. Se le puede ayudar diciendo: “Si dejas venir ese recuerdo, ¿Que frase te estás diciendo a ti mismo en ese momento?. Yo soy.... Yo estoy.....” La paciente puede contestar con expresiones como “Yo era una niña indefensa” o “Yo me preocupo solo de mi seguridad” o “Yo soy una egoísta” etc... Durante esta fase al paciente se le ayuda a reconocer los aspectos irracionales que están contenidos en la creencia. Así como a activar otros recuerdos contenidos en esa estructura de miedo.

Después se le pide al paciente que identifique una cognición positiva sobre sí misma que hubiera deseado asociada con el recuerdo. Esto se hace con preguntas como ¿Qué le gustaría poder llegar a decirse de sí mismo?. Las respuestas pueden ser del tipo de “Yo puedo manejar mis emociones” o “ahora estoy a salvo” etc.... Es importante que las cogniciones positivas sean compatibles con el contexto del paciente y coherentes con lo sucedido. Es decir, no serían aceptables, por no ser integrables en la vida diaria del paciente, cogniciones del tipo “No fui violada” o “Mi hijo se salvó del terremoto”, si es el caso de que el hijo hubiera fallecido durante la catástrofe, etc... La cognición positiva ofrece esperanza, dentro del registro personal del cliente e introduce información que contradice la experiencia emocional negativa del cliente. Al paciente se le pide también una medición de lo “creíble” que le resulta la cognición positiva, solicitándole una valoración en la Escala de Validez de la Cognición (VoC Scale). La VoC es una escala tipo Likert donde 0 significa que la persona no se cree nada la cognición y 7, significa que le resulta totalmente creíble. Estas mediciones le ofrecen al clínico una línea base desde la que poder apreciar el progreso terapéutico.

Una vez que hemos identificado la cognición positiva, se pasa a solicitarle al paciente que vuelva al recuerdo traumático que quiere trabajar y que lo “empareje” con la cognición negativa. Por ejemplo, una mujer víctima de un accidente de coche puede traer la imagen de ella aplastada por el vehículo volcado y la cognición negativa “Yo me estoy muriendo y nadie me encuentra”. Se le pide a la paciente que identifique la emoción predominante en ese recuerdo. Por ejemplo, el miedo, tristeza, angustia etc... Y se le pide que identifique las sensaciones corporales acompañantes. En el ejemplo anterior “Presión en el pecho que me ahoga” y que la valore con un número de 1 a 10, en la escala SUD. Esta escala de medición subjetiva del malestar, va de 0, no hay trastorno alguno a 10, una emoción o trastorno intolerable para la persona. De nuevo esta medición, le facilita al clínico una línea base desde la que valorar la evolución de la sesión. La sesión no es productiva si la emoción no se modifica en absoluto y no aumenta la credibilidad de la cognición positiva. A veces, puede suponer un progreso que, aunque la emoción sigue siendo muy intensa, cambie el tipo de contenido emocional. Pedirle a la persona sensaciones físicas asociadas se considera muy importante porque parece haber una resonancia física con el proceso cognitivo del recuerdo y ayuda a que el paciente centre su atención y se acelere el proceso.. Al paciente se le pide que “solo note”, que no intente manipular la emoción. Con frecuencia esas sensaciones corporales son expresión de la emoción o de algún aspecto de la experiencia física del acontecimiento traumático. Por ejemplo, la sensación física de presión en el pecho de la mujer anterior, tenía que ver con la experiencia de aplastamiento sufrida durante el accidente de coche. O la sensación física de “nudo en la garganta” como expresión de llanto contenido por la paciente hasta ese momento. La memoria implícita del hecho traumático, que almacena información

dependiente-del estado incluye el estado emocional y las sensaciones físicas concurrentes con el evento traumático. La resolución del recuerdo traumático implica también la desaparición de esas sensaciones físicas y el estado afectivo correspondiente. (Van der Kolk, 1996).

Fase 4. Desensibilización: se denominó así al principio, aunque actualmente siguiendo el modelo de procesamiento de la información lo que ocurre en esta fase tiene que ver con aspectos cognitivos, somáticos y emocionales.

Al paciente se le pide que centre su atención en la imagen junto con la cognición negativa y las sensaciones físicas que despierta y se inicia la estimulación bilateral. En un principio, la estimulación se hacía pidiéndole al paciente que siguiera con sus ojos el movimiento del dedo del terapeuta desplazándose transversalmente delante de él o ella. Con la experiencia se incluyeron también formas de estimulación bilateral con sonidos o a través de pequeños golpecitos en ambos lados del cuerpo del paciente, por ejemplo en las rodillas o los hombros. De esta forma, el paciente accede a la memoria traumática, a través de la facilitación de insights y asociaciones, alteraciones de las experiencias sensoriales y aumento del sentimiento de auto-eficacia. El objetivo es inducir el procesamiento de información lo más rápidamente posible y al mismo tiempo que el paciente se sienta seguro y en control de la situación.

Mientras se le pide al paciente que se centre en el recuerdo elegido y se comienza la estimulación, se le dice al paciente que simplemente “deje que ocurra lo que ocurra”, con objeto de disminuir la presión del paciente a la ejecución de las expectativas del terapeuta y estimular la libre asociación.

Después de una serie de estimulaciones se le pide al paciente que diga “lo que le viene a la mente” y que se “centre en ello”. El objetivo es que el paciente se centre en la información tal como está almacenada. Se le puede decir “respire hondo” seguido de “qué siente ahora “ o “ qué idea le viene a la mente ahora”. Hay que hacer un seguimiento cuidadoso de los cambios emocionales, cuando el terapeuta observa que el paciente alcanza un nuevo nivel de activación emocional o que surge algún tema emocionalmente significativo, se le puede decir “deténgase ahí” o “sienta eso”. Aparte de estas frases, el terapeuta se limita a permanecer silencioso y atento, asistiendo al paciente para que siga sus cadenas asociativas, pero es el paciente el que dirige el proceso. Al final de la sesión, se vuelve a valorar el nivel de estrés del paciente con las unidades SUD. Lo esperable es que este nivel haya bajado o llegue a ser 0. Entonces el paciente está dispuesto para la fase de instalación

Fase 5: Instalación: su objetivo es la incorporación y el fortalecimiento de la cognición positiva que ha sido identificada previamente por el paciente. Es posible que al llegar a esta fase, el paciente haya encontrado alguna otra cognición positiva que sea más útil para él o ella. Lo que hay que cuidar es que la cognición sea aceptable. Por ejemplo, no es factible una cognición positiva del tipo de “puedo manejar cualquier cosa que ocurra en mi vida” por no ser realista. En este caso el terapeuta ayuda al paciente a formularla de una forma útil en su vida. Por ejemplo, “ahora estoy segura”, una vez que ha cedido una inundación. El terapeuta pretende terminar la sesión con un VoC de 7, en la mayoría de los casos.

Fase 6: Evaluación corporal: se le pide al paciente que nos informe de cualquier sensación corporal residual molesta.. Con frecuencia esas sensaciones dan cuenta de otras

experiencias necesarias de procesar. El terapeuta focaliza en esas sensaciones y ayuda a procesarlas.

Fase 7: Cierre de la sesión: El terapeuta se asegura de que la persona se vaya en un estado de equilibrio emocional. Se discute el material que ha surgido, se advierte al paciente que puede seguir surgiendo material entre sesiones y se le anima a que lleve un registro de cualquier sensación positiva o negativa que surja para comentarla en la sesión siguiente. Además se le pide al paciente que utilice técnicas de relajación o de imaginación guiada para afrontar situaciones de ansiedad.

Fase 8: Reevaluación: con esta fase se abre cada sesión de EMDR con objeto de evaluar lo sucedido entre sesiones y de identificar posibles nuevos focos de procesamiento. Las evaluaciones sucesivas serán las que indiquen el grado de éxito del tratamiento.

El proceso global de EMDR incorpora aspectos que provienen de diferentes modelos terapéuticos. Por ejemplo el uso de la imaginación que hace es similar al de la hipnosis, o la identificación de las cogniciones, que es propia de la tradición cognitiva o el foco en las sensaciones corporales, que estaría acorde a la tradición experiencial, o el uso que hace del material que surge durante el proceso asociativo que podría estar dentro de un paradigma psicoanalítico.

Para el trabajo de EMDR el terapeuta necesita estar muy presente y consciente, en sintonía con el ritmo del paciente, como si viera la película que este tiene en su mente.

Van der Kolk (2002) subraya como elementos importantes de esta técnica los siguientes:

Asociación libre de ideas: durante EMDR se liberan procesos de asociación libre de ideas, permitiendo que los sujetos tengan un acceso rápido a recuerdos e imágenes del pasado, y que asocien experiencias vitales dolorosas actuales con episodios vitales previos que habían sido dominados con éxito. Stickgold ha señalado la similitud existente entre los procesos asociativos producidos por el EMDR y lo que parece que ocurre en la fase REM del sueño. Durante esta fase se activa la actividad colinérgica, que él propone, que fomenta la asociación vaga e imprecisa entre los diferentes elementos de la experiencia. Son las asociaciones vagas las que confieren a los sueños su cualidad irracional, aunque también promueven la aparición de redes asociativas que abren la posibilidad para que surjan asociaciones múltiples y sobre todo flexibles. Es esta característica, la flexibilidad, la que falta en los cuadros postraumáticos, los estímulos desencadenan los elementos del acontecimiento traumático de forma repetitiva y constante, activan una única red asociativa.

No articulación verbal de la experiencia: EMDR es capaz de lograr una acción terapéutica sin que sea necesario que el sujeto articule verbalmente el origen del distrés. Se centra en la experiencia corporal del afecto, ya que considera que la expresión verbal del mismo está limitada por el propio lenguaje. En un estudio con neuroimagen se muestra cómo cuando las personas están reviviendo sus experiencias traumáticas se produce una menor activación del área de Broca y una mayor activación del sistema límbico en el hemisferio derecho del cerebro. Esto hace pensar que cuando las personas con TEPT están reviviendo su trauma, experimentarán una gran dificultad para verbalizar tal experiencia. De hecho, el aumento relativo de la activación en el hemisferio derecho, en relación con la del izquierdo implicaría que, cuando las personas están reviviendo el trauma, están sumidas

en la experiencia: están teniendo el trauma, aunque carecen de la capacidad para analizar en el espacio y tiempo correspondiente lo que está sucediendo.

EMDR tiene una acción beneficiosa con una nula o mínima participación del terapeuta durante ese momento.

EMDR no sólo atenúa el dolor de una experiencia pasada sino que también es posible reforzar sensaciones de placer y serenidad asociadas a otras experiencias y que ayudarán en todo el proceso psicoterapéutico.

En un estudio piloto de resultados de tratamiento tras la utilización de EMDR, se objetivó que tras tres sesiones con EMDR se producía un aumento en el metabolismo del lóbulo prefrontal, que sería un reflejo del mayor o mejor funcionamiento de esta área cerebral, que a su vez facilitaría el dar sentido a la estimulación sensorial entrante (van der Kolk, 2002). Esta mayor capacidad del lóbulo frontal se reflejaba en el cambio que los sujetos realizaban en la narración de sus recuerdos traumáticos, la narrativa adquiría un carácter más simbólico en comparación con la pasada narración. Un sujeto del estudio refería: “me acuerdo de ello como si se tratara de un verdadero recuerdo, aunque mucho más manejable y más lejano en el tiempo. No tenía la intensidad a la que estoy acostumbrado, normalmente yo me ahogaba en él, pero esta vez yo flotaba encima. No me sentía tan desvalido ya que tenía la sensación que tenía en mis manos el control”. Otro sujeto contaba que: “esta vez era como una unidad cohesiva. Antes percibía todos y cada uno de los pasos. Ahora es como si fuera un suceso. Es como si fuera un todo, en vez de fragmentos, de modo que es más manejable”. Los pacientes pueden tener experiencias diferentes durante el tratamiento con EMDR e, incluso, el mismo paciente puede tener diferentes experiencias de una sesión a otra, pero lo que muchos pacientes informan es el haber tenido un rápido acceso a material que ellos no habían asociado conscientemente como elementos relevantes de sus actuales dilemas.

Con respecto a su mecanismo de acción nos encontramos en los inicios y sólo podemos hacer especulaciones. Parece que lo más probable es que actúe sobre procesos subcorticales que no tienen mucho que ver con el insight y la comprensión. Stickgold ha propuesto la hipótesis que los movimientos oculares u otras formas de estimulación que provoquen una respuesta fisiológica similar, esto es, la reorientación de la atención, juegan un papel importante en la reorganización de la memoria. Este autor sugiere que durante el sueño se activan las asociaciones que ligan los recuerdos interconectados a través de las emociones²⁹¹. Esto mismo podría ocurrir durante una sesión con EMDR²⁹².

Otros investigadores se centran más en la respuesta de relajación que tiene lugar cuando se mueven los ojos, con una disminución de la frecuencia cardíaca y una elevación de la temperatura corporal. La estimulación durante el EMDR, podría favorecer la actividad del sistema nervioso parasimpático²⁹³.

Por último, hay autores²⁹⁴ que hipotetizan que los movimientos oculares u otras formas de estimulación ayudan al paciente a estar centrado en el presente mientras reexperimentan emociones que pertenecen al pasado. Sería un estado de atención dual que favorece la reorganización de los recuerdos traumáticos a nivel cerebral.

CASO CLINICO

El siguiente relato de un caso clínico puede ayudar a aclarar el procedimiento:

Gema es una mujer de 53 años que sufrió un accidente de tráfico en el que ella iba conduciendo, un año antes de iniciar el tratamiento actual. Pese a diferentes tratamientos

farmacológicos y psicoterapéuticos, la paciente continúa con accesos de angustia, pesadillas y sueños recurrentes cuyo contenido tiene relación con el accidente, con evitación de situaciones que le recuerdan el acontecimiento y en situación de baja laboral. Gema está haciendo una evitación de cualquier situación, como la laboral que conlleve una responsabilidad

Durante la primera sesión recogimos la información acerca de su biografía y situaciones significativas de su vida. Iniciamos la identificación de posibles dianas del tratamiento, que resultaron ser imágenes del accidente. Se le pidió que describiera la que más le angustiaba para iniciar por ahí la primera sesión de tratamiento. En esta fase a la paciente se le ayudó a identificar también un “lugar seguro” y a construirlo en su imaginación. Un lugar seguro donde poder ir cuando alguna de las sesiones futuras se cerrara con un cierto nivel de ansiedad o en momentos en que lo fuera a necesitar. Para Gema su “lugar seguro” estaba en un pequeño huerto en una casa de campo a donde iba los fines de semana. La terapeuta le dio a Gema una explicación acerca del procedimiento EMDR y de los motivos por los que creía que podía estar indicado en su caso.

En la siguiente sesión y en las que vinieron a continuación. Terapeuta y paciente trabajaron con la técnica. Para Gema fue más cómodo hacerlo utilizando el método de pequeños golpecitos con dos palillos que la terapeuta le daba sobre las piernas estando las dos sentadas. La estimulación visual la encontraba molesta y se quejaba de que le mareaba. Al principio de esta sesión la terapeuta le ayuda a identificar la diana del tratamiento, una sensación corporal, una imagen, un sueño, un pensamiento. Para esta paciente la diana elegida fue una imagen tipo flashback en la que veía el lado de la carretera por donde se precipitó alumbrado por los faros de su vehículo. Identificó la emoción asociada como miedo que notaba en forma de opresión en el pecho. A continuación se le pide a la paciente una cognición negativa asociada con esa imagen y la emoción descrita. Se le puede ayudar a pensar en ella diciéndole:” Gema, cuando te viene esa imagen del accidente y la presión en el pecho... ¿Qué piensas de ti misma?. Se le puede hacer la sugerencia de iniciar la cognición negativa con una frase como : “Yo soy o yo estoy.....”. Gema contestó: “Yo no puedo controlar esto, me voy a despeñar”. Se le pidió un número en la escala SUD de 0 a 10. Señaló que la emoción que asociaba con la imagen y la cognición negativa era de 8. Como cognición positiva, aunque le costó encontrar una, llegó a formularla como “Yo soy capaz de manejar mi vida ahora”. El VoC que la paciente refirió fue bajo, entre 0 y 7, eligió un 2. Durante las sesiones que siguieron la evolución de Gema fue rápida y positiva.

Durante la sesión, la angustia era intensa a través de cadenas asociativas que la llevaban del foco inicial en la imagen de la carretera a una sensación de mareo que le dificultaba pensar y hacía que la terapeuta ralentizara el ritmo de las cadenas asociativas, permitiéndole irse a su lugar seguro, para volver de nuevo al foco durante la misma sesión. La paciente conseguía bajar el nivel de angustia, pero no se lograba cerrar la sesión con un nivel 0. Con esta paciente fue útil el entrenamiento en imaginación para ofrecerle una herramienta con la que combatir sus accesos emocionales desagradables. En el periodo de tiempo entre sesiones, surgieron sueños vívidos que se trabajaron también como focos de la siguiente sesión. Las cadenas asociativas pasaron de la imagen del accidente a su experiencia de sentirse abrumada en la infancia cuando sus padres la dejaban, desde muy pequeña, a cargo de sus hermanos pequeños. El sentimiento de tener que ser siempre responsable de todo lo que ocurría alrededor, que se mezclaba con el sentimiento de indefensión, podía convertirse en una creencia limitante de su progreso terapéutica. Durante una de las siguientes sesiones, del foco de una de sus pesadillas pasó a la situación de

inactividad y evitación de cualquier acercamiento a su trabajo. El foco cambió, abandonándose las escenas que tenían que ver con el accidente para aparecer como foco la imagen de ella misma en su despacho encerrándose para evitar las consultas de las personas de su equipo que dependían de sus decisiones. Recorrió de nuevo las asociaciones que la llevaban de la angustia y el mareo que le impedía pensar, a sus padres y la asunción de responsabilidad. Cuando la terapeuta percibió que esa cadena asociativa había terminado, al descender el nivel de angustia de la paciente, le sugirió centrarse de nuevo en el foco inicial, evaluando con las escalas, el descenso del nivel de angustia y el aumento del nivel de credibilidad de la cognición positiva. Al volver al foco elegido en esa sesión, relató espontáneamente que ahora ese foco había cambiado, que ella ya no estaba sola encerrada en su despacho y que, a su lado, se encontraban dos de sus colaboradores más íntimos y que ella les estaba pidiendo ayuda. Al día siguiente de esta sesión, Gema fue a su trabajo y, sin darle más vueltas, habló con sus dos compañeros. Este fue un punto de inflexión en el tratamiento. Sus dos compañeros le ofrecieron su ayuda devolviéndole, además, la sensación de seguridad que ellos tenían por el mero hecho de que ella estuviera allí y pudiera supervisar las decisiones que ellos estaban dispuestos a asumir. A partir de ahí, Gema inició una mejoría muy significativa. Surgió un sueño, durante el cual ella se veía subiendo, rodeada por una multitud, a una torre muy alta desde donde se iba reduciendo el espacio con un riesgo cada vez mayor de precipitarse en el vacío. Sintió entonces, que era posible subir o bajar, que esa era su decisión, que ella podía manejar su vida.

A través de esta sesión se intenta ejemplificar cómo una persona logra, a través del EMDR, transformar sus experiencias e integrar los recuerdos de lo sucedido combinándolos con sus deseos. La combinación le permite moverse hacia una sensación subjetiva de determinación y de control.

Conclusiones

°El trauma no está grabado primariamente en la conciencia de los sujetos, sino que está incrustado en las experiencias sensoriales. Aunque el diálogo y la adquisición de *insight* pueden servir de ayuda para que las personas adquieran una sensación de dominio, es poco probable que esto influya o modifique las sensaciones corporales que son las que constituyen los motores de la repetición traumática continua. El EMDR permite procesar las sensaciones corporales y emociones traumáticas y a partir de ahí, las atribuciones asociadas del yo y de los otros.

El estudio de cómo es eficaz el EMDR es importante para la exploración de los mecanismos básicos subyacentes al trauma, entre los que se incluyen cómo el trauma afecta a los procesos subcorticales de la regulación de los afectos, de modulación del arousal, de información de amenaza y a los procesos de la memoria. La cuestión fundamental en el trauma es conocer cómo la mente logra integrar la experiencia de forma tal que esté preparada para una amenaza futura a la vez que es capaz de discriminar lo que pertenece al presente de lo que pertenece al pasado.

Parte 3

Hipnosis^a. Beatriz Rodríguez Vega y Fabiola Irisarri Vázquez

1. Hipnosis, Trauma y Disociación: Breve Aproximación Histórica.

En 1843 James Braid (1795-1860), médico británico, escribía en su libro *Neurypnology*²⁹⁵: “*los fenómenos del mesmerismo deben explicarse sobre la base de una afectación del estado de los centros cerebrospinales, y de los sistemas circulatorio, respiratorio y muscular, inducida, como he explicado, por un estado fijo, de reposo absoluto del cuerpo (y) de atención fija y de contención de la respiración concomitante con esa fijación de la atención*”. Braid llamó a este fenómeno *neuro-hipnotismo*, o más abreviadamente *hipnotismo*, comprendiendo el término como un “sueño nervioso”. Con esta palabra Braid establecía un acercamiento fisiológico a un fenómeno cuya observación e interpretación se habían realizado atendiendo al fluidismo de Mesmer (1734-1815) y al Animismo del Marqués de Puységur²⁹⁶ (1751-1825)

Mesmer había tenido conocimiento de las prácticas exorcistas realizadas por el padre Gassner (1727 – 1779). Gassner atribuía un origen espiritual a lo que hoy llamamos enfermedades funcionales y entendía el trance como indicio de la expulsión demoníaca. Mesmer desarrolló una interpretación racional como alternativa al argumento preternatural de Gassner. Así, de acuerdo con la disposición ilustrada del XVIII, Mesmer fué dando forma a lo que se llamó *fluidismo*: Las crisis curativas de Gassner fueron comprendidas en el marco de una teoría de fondo mecanicista en la que los hombres, la tierra y los astros mantenían un contacto equilibrado, armónico y continuo. Si las mareas eran el resultado de corrientes atmosféricas procedentes de fuerzas gravitacionales planetarias, la enfermedad podía explicarse atendiendo al desequilibrio de dichas fuerzas cuya relación quedaba explicada postulando la existencia de un fluido físico que ocupa el universo: “*El cuerpo animal reacciona a los efectos alternos de este agente el cual, entrando en la sustancia de los nervios, los afecta directamente*” (cit. Etxebarne, op cit.). Desde este postulado Mesmer consideró que este agente podría entenderse físicamente. Empezó valiéndose de imanes para actuar sobre este agente-fluido. Observando los efectos de esos imanes Mesmer completó su interpretación afirmando la existencia de una “*propiedad del cuerpo animal que lo deja bajo la influencia de los cuerpos celestes y de la acción recíproca de aquellos que lo rodean, según lo demostrado por su analogía con el imán, me indujo a denominarlo magnetismo animal*”(cit. Etchebarne, op cit.). Con Mesmer el cuadro de temblores y espasmos musculares característico de los trances de Gassner fue considerado indicio del proceso de canalización de fluido magnético animal facilitado por los imanes y rituales Mesmer empleaba en su técnica.

^a Con la colaboración de Guzmán Eguiagaray Rodríguez

No todos los magnetizados por Mesmer presentaban la crisis característica. Algunos de ellos mostraban un estado de adormecimiento que solía asociar una especial clarividencia. Puységur, discípulo de Mesmer, llamó *sonambulismo magnético* a este estado. El Abad de Faria (1756 – 1819), discípulo de Puységur, interpretó este fenómeno desde la relación entre concentrador y concentrado. El *animismo* de Puységur y Faria frente al magnetismo animal, apuntaba hacia una interiorización del fenómeno intercósmico mesmeriano articulándolo en torno a propiedades fisiológicas y psicológicas individuales.

Desde la analogía fisiológica y en el marco positivista del XIX, Braid acuñó su término *hipnosis* para explicar el magnetismo animal de Mesmer. Y desde la explicación de Braid, junto con los escritos de Faria, Liébeault (1825 – 1904) da forma a su propio procedimiento de trance en Francia, dando especial importancia a la atención como energía nerviosa y a la sugestión terapéutica. Liébeault y su discípulo, Bernheim (1840 – 1919), posibilitaron la escuela de Nancy. Esta escuela siguió la línea de Bernheim considerando la hipnosis como un estado sugestivo y la sugestión como la “*aptitud de pasar de la idea al acto*” (cit. Cavellier, op cit.). Más adelante Bernheim consideraría que era la sugestión, como propiedad gradativa, como consentimiento, la que inducía *el sueño nervioso*. Éste sería manifestación de aquélla. Así, la sugestión se consideraba como un fenómeno global que, en mayor o menor grado, podía encontrarse en todas las personas. Bernheim y la escuela de Nancy comenzaron a aplicar la sugestión en estado de vigilia. A este procedimiento le dieron el nombre de psicoterapia.

Charcot (1825-1893), contemporáneo de Liébeault, se acercó a la hipnosis desde la histeria. Charcot fué un importante nosólogo en su época y desde esta perspectiva, había comenzado a sistematizar este cuadro, diferenciándolo de la epilepsia. Convencido de que la histeria era la expresión de una alteración neurológica permanente, Charcot se acercó a la hipnosis para investigar la localización y expresión de esta alteración. Partió de la técnica de Braid observando que ésta desencadenaba, en personas con histeria, los síntomas que había descrito como típicos de este cuadro. Charcot consideró que la sugestión de la escuela de Nancy era ya un síntoma de lesión. La gradación fue aplicada en este caso a la histeria, que Charcot sistematizó en torno al conjunto de síntomas que, en etapas sucesivas, constituían la *Grande Hystérie*. Charcot admitió variantes, como la *Petite Hystérie*, según la intensidad de la lesión. Charcot - y con él la escuela de Salpêtrière –sostuvieron la posibilidad anatomopatológica de la histeria. Y articulada en torno a esta, la hipnosis comenzó a ser aceptada en los círculos científicos.

A finales del XIX, Freud y Breuer, siguiendo la teoría de la Salpêtrière, se acercaron a este entramado de histeria e hipnosis. Sin embargo, posiblemente bajo la influencia de la escuela de Nancy, en su análisis la sugestión se desligó de la jerarquía anatomopatológica con la que la Salpêtrière la había presentado en los círculos científicos. Si Charcot hizo uso de la hipnosis buscando la etiología neurológica de la histeria, Breuer y Freud desplazaron su interés al efecto terapéutico del proceso en sí. La observación de las condiciones en las cuales el trance resultaba eficaz les llevó a desarrollar lo que Breuer llamó *el método catártico*: En lugar de abordar directamente la curación del síntoma, la experiencia terapéutica de ambos les llevó a emplear la sugestión hipnótica para acceder y purgar los recuerdos traumáticos de sus pacientes. Desde él, Freud y Breuer ampliaron el marco etiológico de Charcot, posibilitando una comprensión de la histeria desde los mecanismos

psíquicos que Liébeault y Berheim habían dispuesto en torno al término acuñado por Braid. Freud, desde la pregunta inicial acerca de la sugestión y los recuerdos traumáticos, explicita y formula su inconsciente y va dando forma al psicoanálisis. Sugestión e hipnosis se diluyen en su amplia concepción del mismo. Terapia y teoría de las neurosis se van articulando, quedando la hipnosis desplazada por procedimientos terapéuticos alternativos desarrollados desde la síntesis freudiana.

Pierre Janet (1859 – 1947) se formó también en la Salpêtrière y como sus coetáneos se interesó por la génesis de la histeria. Buscando una interpretación diferente dejó a un lado el marco de la parálisis general, fondo de las investigaciones nosológicas de Charcot. Partiendo de la observación de casos de personalidades alternantes comprendió los síntomas como resultado de una disociación o desprendimiento de fragmentos de ego o ideas fijas: “(...) *fenómenos psicológicos que se desarrollan en la mente en forma automática, por fuera de la voluntad y de la percepción personal del paciente, pero que, a diferencia de las sugestiones, en vez de ser producidas experimentalmente, se forman naturalmente bajo la influencia de causas accidentales (...) El poder de estas ideas depende de su aislamiento; estas crecen; se instalan ellas mismas en la mente en forma de parásitos*’, y no pueden ser detenidas en su desarrollo por los esfuerzos del sujeto porque no son conocidas, porque existen aparte, en un segundo pensamiento, separado del primero.” (cit. Etchebarne, cit op.)

Janet entendió la neurosis histérica desde esta disociación traumática. Cierta debilidad nerviosa podía facilitar esta tendencia. Janet interpretó que la hipnosis posibilitaba el acceso a estas ideas subconscientes y su restitución en el ego. Hipnosis e histeria tienen, para Janet, el mismo fondo. La disociación, ya fuera natural o hipnóticamente inducida, daba cuenta de ambos fenómenos, permitiendo la sugestión la extirpación de la idea fija traumática. En Janet, trauma, disociación e hipnosis dan forma a una mente subconsciente, que aparece como figura extraña y desprendida, ajena desde su automatismo al campo consciente o activo en el cual se integra el sujeto. Los segundos pensamientos de Janet responderían a mecanismos neurofisiológicos concretos de etiología psicológica. Las ideas fijas de Janet quedarían así encerradas en el modelo nosológico de Charcot.

A principios de siglo XX, el inconsciente como organización psicológica propia desplaza al inconsciente como automatismo de Janet. La hipnosis se desarrolla terapéuticamente en la riquísima línea de Milton Erickson (1901-1980). Tras la segunda guerra mundial, los psiquiatras del ejército observaron que esta técnica resultaba útil para tratar la llamada *neurosis traumática*, núcleo incipiente del Trastorno Por Estrés Traumático (TEPT) del DSM-IV. La relación entre la sintomatología y el trauma previo supuso la revitalización de términos como disociación e hipnosis como procesos neurofisiológicos, en la línea de Janet. A mediados del siglo XX la American Medical Association y la American Psychiatric Association reconocían oficialmente el empleo terapéutico de la hipnosis.

Con este capítulo pretendemos revisar brevemente la relación entre hipnosis, disociación y trauma desde esa línea. Revisamos la evidencia clínica TEPT-hipnosis y describimos un procedimiento concreto de inducción de trance, de entre los muchos que

hay. Finalmente presentamos una revisión de las técnicas hipnóticas para el tratamiento de las reacciones al estrés traumático.

2. Fundamentos.

1. Hipnosis en las respuestas postraumáticas. Trauma y disociación

En consonancia con el breve recorrido histórico del apartado anterior, el término actual de hipnosis aparece envuelto en capas de diferentes épocas y perspectivas. Nos parece interesante empezar este apartado señalando algunos mitos que pudieran desprenderse de algunas de ellas:

1. La hipnosis no es un método infalible.
2. No es un método de control sobre otras personas. Toda hipnosis es autohipnosis, por tanto, como señalan algunos autores²⁹⁷, la hipnosis no es algo “que se le haga a una persona”, sino que es algo “que se hace con una persona”.
3. La hipnosis tampoco es sueño, ya que las personas hipnotizadas están despiertas y alerta durante el trance. Lo que se produce es una disminución de su reactividad ambiental, al estar la persona absorbida por el material hipnóticamente evocado.
4. No todas las personas pueden ser hipnotizadas. La hipnotizabilidad es un rasgo estable que no es universal. Se calcula entorno a un 25% la población que no dispondría de una capacidad hipnótica utilizable.

Lo mismo que con otros métodos de tratamiento, sus riesgos pueden estar en quien práctica la hipnosis y en qué situaciones. Por si misma, la hipnosis no se considera una terapia. Sino un método facilitador de otras estrategias en el curso de una psicoterapia. Los profesionales que trabajan con hipnosis han de estar adecuadamente formados en psicoterapia, en general, y en hipnosis en particular.

En la definición de Maldonado y David Spiegel²⁹⁸, la hipnosis es un estado psicofisiológico de concentración focalizada, alerta, atenta y receptiva. Implica una suspensión relativa de la conciencia periférica

Se puede decir que la hipnosis tiene tres componentes principales: Absorción, disociación y sugestionabilidad (Maldonado, 1998).

1. La **Absorción** es la tendencia a alterar las percepciones y otras experiencias, al mismo tiempo que la persona está profundamente concentrada en una experiencia central (estado de trance) a expensas de la orientación contextual o ambiental. La experiencia de trance tiene su propia lógica, durante la cual, las inconsistencias de un discurso lógico habitual pueden ser bien toleradas. Por ejemplo, esto ocurre cuando se le pide a una persona en trance que “vuelva a la época durante la que sucedió una experiencia traumática, sin abandonar el despacho del terapeuta”.

2. La **Disociación** permite a la persona poder llevar a cabo más de una tarea o acción compleja simultáneamente, manteniendo fuera del campo de la conciencia otras tareas rutinarias. Por ejemplo, la persona puede dejar de reconocer como suya una parte del cuerpo. Este fenómeno está, a su vez, facilitado por la absorción intensa.
4. La **sugestionabilidad**. También es la absorción la que potencia la alta “responsividad” de las personas en trance. En otras palabras, las personas hipnotizadas, son más sugestionables, más propicias a aceptar y seguir instrucciones.

En el caso concreto de las respuestas al estrés traumático, la hipnosis podría ser de especial utilidad porque puede facilitar:

1. **El control sobre diferentes estados disociativos, síntomas conversivos o estados de fuga psicógena.**
2. **La recuperación y la reestructuración e integración de recuerdos traumáticos o disociados**

La indefensión engendrada por la experiencia traumática puede crear repentinos cambios en las formas normales de procesar la percepción, cognición, afecto y relaciones. La experiencia traumática fuerza a la víctima a reorganizar los procesos psicofisiológicos y mentales para aminorar el impacto del trauma. Los acontecimientos traumáticos y estresantes producen un estrechamiento del foco de atención con una desatención consecuente de la información periférica, similar a la manifestada en la hipnosis. Este estrechamiento de la atención, como reacción inicial de adaptación, tiende a ayudar a manejar un estrés desbordante para la persona, y a facilitar la recuperación del control. Sin embargo esta primera línea de defensa, especialmente si se mantiene más allá de unos pocos minutos, puede asociarse con alteraciones en la conciencia y algunas personas desarrollan trastornos disociativos persistentes o reacciones de estrés agudo o de estrés postraumático. (Maldonado, 1998). Después de un hecho traumático, muchas personas experimentan fenómenos disociativos. Pero aunque se mantengan fuera del campo de la conciencia, los acontecimientos traumáticos disociados, siguen teniendo influencia sobre la vida psíquica de la persona.

La disociación se entiende desde aquí como una alteración de la conciencia, caracterizada por una desconexión experiencial o desimplicación del self o del ambiente. Teóricamente se ha definido como “una separación estructurada de procesos mentales... que ordinariamente están integrados”. Fenómenos disociativos incluyen alteraciones en el sentido de la percepción del self y del ambiente, el sentido de la voluntad, memoria, emoción e identidad.

La hipnosis, como proceso, implica, al igual que la disociación, una pérdida de integración entre pensamientos, sentimientos y conductas en el flujo normal de la conciencia. A diferencia de ésta, la hipnosis ocurre en un contexto controlado e implica la

evocación intencional de un estado especial caracterizado por focalización de la atención, distorsiones de la percepción y experiencia subjetiva de involuntariedad

En el apartado anterior nos acercábamos al entrelazamiento histórico de los términos hipnosis y disociación. Muchos manuales y programas de entrenamiento basan la eficacia de la hipnosis para el tratamiento de los trastornos traumáticos en esa impresión terapéutica, al margen de desarrollos teóricos específicos. Por otro lado se ha observado en víctimas de traumas una mayor predisposición a la disociación²⁹⁹. Y se ha visto que las personas con sintomatología postraumática son fácilmente hipnotizables (Spiegel D, 1988)

El efecto terapéutico de la hipnosis en reacciones traumáticas se sugiere desde las siguientes observaciones.

1. La gran hipnotizabilidad de los pacientes con TEPT. Se cita con frecuencia, aunque realmente, no es un hecho encontrado en todas las investigaciones. Tanto es así que algunos autores creen que las observaciones contradictorias de unos u otros estudios, pueden explicarse por la existencia de algunas variables más relacionadas con las características específicas del hecho traumático que están oscurecidas por el análisis dimensional³⁰⁰. Algunos proponen, para dar cuenta de estos hallazgos contradictorios, la existencia de un “tipo disociativo”, caracterizado por una alta hipnotizabilidad y una gran vulnerabilidad a la disociación patológica inducida por el trauma. En definitiva, la relación entre trauma, disociación e hipnosis requiere más investigaciones.
2. Muchos pacientes con TEPT sufren de fenómenos disociativos, de forma que para muchos, el paso terapéutico esencial es el alivio de esa disociación. A través de la hipnosis los pacientes pueden aprender técnicas específicas para modular y poner bajo control los fenómenos estresantes.
3. Las técnicas hipnóticas pueden ser fácilmente integradas en otras terapias, psicodinámicas, cognitivas, farmacológicas.
4. La hipnosis puede facilitar la recolección del evento traumático que se pretende en diferentes modelos terapéuticos, al facilitarle al paciente técnicas para apaciguar y controlar la intensidad y el estrés de la memoria traumática.
5. Puede facilitar el acceso a memorias relacionadas con el trauma, y que han permanecido encerradas en él si la persona sufre en ese momento un estado disociativo.

Para que la psicoterapia sea efectiva, los pacientes han de ir consiguiendo un progresivo control sobre los recuerdos que van surgiendo. De hecho, cada vez que un paciente experimenta un flash back, está viviendo una abreacción descontrolada. Por lo tanto hay un riesgo de retraumatización en el continuo revivir de la experiencia si no tiene lugar, al tiempo, un trabajo de adecuada reestructuración y asimilación de la experiencia. La hipnosis facilitaría la reestructuración simbólica de la experiencia traumática, un acceso controlado a las experiencias disociadas o a los recuerdos reprimidos y ayudaría al paciente a reestructurar sus recuerdos²⁹⁷⁻³⁰¹. Algunos autores han considerado la hipnosis como una forma controlada de disociación, que por un lado, facilita la recuperación de recuerdos, mientras que por otro permite que algunos de ellos permanezcan disociados de lo cognitivo hasta que el paciente esté preparado para trabajar con ellos.

Aunque muchos clínicos consideran la hipnosis y la disociación casi como fenómenos idénticos, otras investigaciones recientes sugieren que su relación es más compleja y que

podría reducirse a grupos específicos de sujetos (Putnam, 2003) El creciente interés por la relación entre hipnosis y disociación proviene por un lado de áreas de investigación como:

1. La Teoría de la neodisociación de Hilgard (Putnam 2003) que postula que hay un sistema cognitivo jerárquico de control de la conducta y que la hipnosis altera la relación entre los diferentes niveles de control, de forma que los niveles altos de control tienen menos influencia en el inicio y monitorización de la conducta. Es por ello que la persona hipnotizada experimenta su conducta como involuntaria.
2. El modelo de Autohipnosis (Butler 1996) que postula que un sujeto traumatizado utiliza sus recursos internos para entrar en un estado de autohipnosis “natural” como una respuesta defensiva a sucesos traumáticos desbordantes. Este estado autoinducido, produciría amnesia para la experiencia traumática. Las personas que tienen trastornos disociativos se describen con frecuencia como en un “estado de trance”. Sería una hipótesis general que explicaría la dinámica para los trastornos de personalidad múltiple, tras acontecimientos traumáticos. Es frecuente que en seminarios y talleres de entrenamiento se utilice este modelo explicativo. Sin embargo, algunas voces críticas señalan que el modelo se ha construido más por analogías entre los fenómenos que suceden en la hipnosis y los que se presentan en la clínica del trastorno de personalidad múltiple, que por hallazgos basados en la investigación empírica.

2. La Hipnosis en el tratamiento de las reacciones al estrés traumático. Evidencia clínica.

En gran medida, la incorporación de técnicas hipnóticas al tratamiento de las reacciones de estrés traumático ha girado en torno a las nociones de trauma y disociación que se discutían en el anterior apartado. Desde esta perspectiva la reacción postraumática quedaría incorporada a ese modelo trauma-disociación ya sea la predisposición a esta última traumática o biográfica. Otras técnicas y perspectivas hipnóticas han sido introducidas desde la apertura terapéutica fundamentada desde el modelo anterior. Entre ellas, por ejemplo, la inducción naturalista de trance hipnótico. Este modelo prescinde de la noción de disociación considerando la hipnosis como un estado común susceptible de gradación. En este contexto de respuestas históricas solidamente ancladas a la pregunta hipnosis-disociación-trauma, la literatura científica sobre la hipnosis y TEPT resulta amplia, dispersa y focalizada en la naturaleza de ambos procesos.

Con el fin de articular esta diversidad se han propuesto dos perspectivas diferentes. Siguiendo el modelo de medicina basada en la evidencia, Nash³⁰² (2000) ha sugerido una práctica más estandarizada de la técnica hipnótica. La homogeneización de la práctica permitiría entonces la comparación y validación de resultados. Frente a esta postura eficaz, Amudson³⁰³ (2003) propone, por analogía al modelo de los factores comunes en psicoterapia, la comprensión del proceso hipnótico en términos de efectividad. El acercamiento que se solicita y argumenta en este modelo estaría más allá de posiciones teóricas previas, proponiendo una aproximación basada en una observación clínica intuitiva y meticulosa del proceso en sí. En esta línea Jureidini³⁰⁴ propone prescindir de definiciones cerradas de disociación como punto de partida, para desarrollar una visión más global del término desde la producción clínica actual. Desde esta perspectiva se propone una comprensión inductiva del proceso hipnótico frente a su sistematización en torno a un punto de partida específico.

Ya sea por diferencias en la interpretación de la naturaleza del proceso hipnótico, ya sea por el desacuerdo en el punto de partida de su sistematización terapéutica, los ensayos clínicos controlados de hipnoterapia en TEPT son escasos. Brom³⁰⁵ et al realizaron en el 89 un ensayo clínico prospectivo en el que comparaban tres grupos de tratamiento- psicoterapia dinámica breve, desensibilización progresiva e hipnoterapia- y un grupo control formado por personas en “lista de espera”. La técnica hipnótica aplicada dependió del binomio médico-paciente. Los datos del estudio de Brom se obtuvieron con cuestionarios estandarizados que medían síntomas globales de ansiedad y síntomas específicos como evitación e intrusismo. En su análisis encontraron que la sintomatología ansiógena y específica disminuían globalmente de forma similar frente al control, en las tres condiciones de tratamiento. Ninguna de ellas se mostró más eficaz que las otras aunque en el grupo de desensibilización y en el grupo de hipnoterapia se observó una mayor disminución en la puntuación de intrusismo con respecto a evitación. El resultado inverso se observó en el grupo tratado con psicoterapia dinámica breve. Bryant³⁰⁶ et al (2005), en ausencia de grupo control, realizaron y compararon, en personas diagnosticadas de Trastorno por Estrés Agudo tres intervenciones terapéuticas. Un primer grupo recibió tratamiento con exposición en imaginación. En un segundo grupo esta exposición fue precedida de inducción hipnótica. El tercer grupo recibió psicoterapia de apoyo. Los dos primeros grupos mostraron una menor incidencia de TEPT que el tercero. En el segundo grupo se observó además una menor incidencia de fenómenos de reexperimentación.

Ambos ensayos, junto con la amplia literatura de casos únicos y estudios descriptivos sugieren que la hipnosis, en combinación con otras técnicas, podría favorecer la prevención y tratamiento del TEPT, ya sea considerada desde ese fondo trauma-disociación-hipnosis o desde la reducción global de sintomatología ansiosa. Sin embargo es importante recalcar que no existe evidencia clínica de la eficacia de la hipnosis como tratamiento específico de TEPT. Su aplicación debe ser por tanto entendida dentro de los objetivos globales del tratamiento diseñado.

La propuesta comprensiva de Brown, Schefflin y Hammond (Maldonado,1998) organiza el tratamiento del trauma en fases o estadios:

- 1º Establecer la relación terapéutica y el marco, facilitar alivio a corto plazo, hacer más manejables los síntomas y mejorar las habilidades de afrontamiento
- 2º Elaborar e integrar los acontecimientos traumáticos
- 3º Profundizar en la integración y desarrollo relacional y del self.

La longitud e intensidad del tratamiento variará en función de muchos factores como son la naturaleza del trauma, la existencia de comorbilidad con otros trastornos y el tiempo de inicio del tratamiento entre otros.

De acuerdo con esta organización, las tareas y objetivos de cada estadio guiarían el tratamiento hipnótico. Como herramienta coadyudante el objetivo primero de la técnica sería diferente en uno u otro estadio:

Fase 1:Estabilización y reducción de síntomas, primer estadio:

El objetivo es ayudar a la persona a aumentar el sentimiento de auto control o autodomínio de los síntomas. La hipnosis puede facilitarle esta tarea induciendo relajación,

haciendo sugerencias para síntomas específicos, ansiedad, dolor etc... , estableciendo un lugar seguro o usando procedimientos de fortalecimiento del yo. El terapeuta puede entrenar al paciente en técnicas de autohipnosis, de modo que éste las pueda poner en práctica cuando las necesite sin requerir la presencia del terapeuta.

Fase 2 : Tratamiento de las memorias traumáticas, segundo estadio:

Después de conseguir una sólida alianza terapéutica, la meta más importante es la integración de las memorias traumáticas y no solo su abreacción. Es probable que mediante la hipnosis puedan surgir nuevos recuerdos o más detalles dentro de los recuerdos ya conscientes.

Exponer a los pacientes a los recuerdos traumáticos requiere una actuación muy cuidadosa. Revivir las memorias traumáticas podría ser contraproducente en personas con un yo muy debilitado o que no sienten que lo hacen en un lugar seguro. Pasar a trabajar con la exposición a los recuerdos traumáticos, solo se puede hacer cuando se han resuelto los temas relativos a la seguridad personal. De esa forma, la relación terapéutica puede utilizarse para llevar mentalmente al paciente de nuevo a los recuerdos traumáticos, protegido de la amenaza de desintegración que ello puede suponer para él o ella.

El proceso se facilita atendiendo muy de cerca los temas transferenciales y contratransferenciales y elaborando aspectos de confianza y aceptación mutua que, son temas que casi siempre surgen como foco de trabajo con las víctimas de traumas.

En esta fase se recomienda utilizar técnicas que promueven niveles de relajación física y un sentimiento de control cognitivo y emocional. Porque el propósito de la recuperación de recuerdos “no es solo recordar, sino que el paciente consiga una abreacción controlada” (Maldonado, 1998). Por ello, se utilizan técnicas hipnóticas que promueven diferentes niveles de relajación y un sentimiento de control emocional.

2. Técnica Hipnótica

1. Aspectos generales del empleo de la Hipnosis en las reacciones postraumáticas.

En hipnosis el terapeuta es especialmente cuidadoso con el estilo comunicacional y con las palabras que emplea. No se trata aquí de revisar las diferentes técnicas hipnóticas, objetivo que excede a los fines propuestos en este texto. El lector puede acudir, para ello, a excelentes manuales. (Zeig³⁰⁷, 1980.1990, Yapko³⁰⁸ 1995, Foa 2000, Procter³⁰⁹, 2002, Erickson³¹⁰, 2003, O’Hanlon 1987, Bandler, 1993).

De los aspectos generales que sí queremos destacar aquí ya que sirven a nuestro propósito de introducir al clínico en el empleo de la hipnosis en los cuadros psicopatológicos post trauma, está el estilo comunicacional.

Toda inducción de trance utiliza en mayor o menor medida intervenciones más o menos directivas. Sería como un continuum entre el uso por parte del terapeuta de sugerencias directas e indirectas. Las sugerencias directas se dan en forma de orden: “*Cuando cuente tres cerrarás los ojos y entrarás en un trance profundo*”. Mientras que las indirectas están relacionadas con el problema o la solución buscada de modo encubierto, no

intrusivo. Ejemplos de sugerencias indirectas pueden ser las historias, los juegos de palabras, las tareas para casa etc... Como recomendación general se podría decir que el grado de directividad debería de ser directamente proporcional al grado de resistencia encontrado o anticipado (Zeig, 1980). Cuanto mayor sean las dificultades del paciente para seguir el proceso, más indirectas han de ser las sugerencias (Yapko, 1995).

En general, las sugerencias han de ser simples y fáciles de seguir, utilizando el lenguaje del paciente y explorando su modalidad sensorial preferida para procesar la información y utilizarla.

El lenguaje del terapeuta ha de cuidar la cadencia de la voz y el ritmo para adaptarlo también al del paciente, siendo “vagamente impreciso” o “específicamente general”.

Algunos terapeutas, antes de entrar en el trabajo de hipnosis, emplean test de sugestionabilidad. Generalmente consisten en breves interacciones (encuentros minihipnóticos, en palabras de Yapko) en las que se ofrecen al paciente una serie de sugerencias breves y ritualizadas para que se relaje, seguidas de una sugerencia para conseguir una respuesta específica (Yapko, 1995). Un ejemplo sería, sugerir al paciente que “*cierre los ojos y que una vez cerrados, los músculos de los ojos van a estar tan relajados que aunque lo intente, no va a poder abrir los ojos*”. Otros terapeutas creen poder evaluar el grado de hipnotizabilidad sin utilizar test formales, simplemente observando durante la comunicación espontánea, la dinámica de la sugestionabilidad del paciente.

Existen tantos procedimientos de inducción de trance como hipnoterapeutas. En este texto vamos a describir alguno de estos procedimientos.

2. La inducción de trance.

1. Inducción Formal del estado Hipnótico.

Como señala Yapko (1995), los modelos tradicionales de inducción suponen la necesidad de un ritual formal, que emplea técnicas y frases características.

Se puede iniciar sugiriéndole al paciente que *elija la postura que le resulte más cómoda*. Evitando que la persona vaya a colocarse en posturas poco confortables, una vez que esté en estado de trance o de relajación profunda. Algunos autores ya utilizan estas primeras y poco comprometidas interacciones como pequeños test de sugestionabilidad y de colaboración abierta o no, por parte del paciente. Se le puede, entonces sugerir al paciente que cierre los ojos y que empiece a centrarse en su interior. Cuando la persona sigue las instrucciones del terapeuta se puede considerar que la inducción ya está en marcha.

Es frecuente utilizar en esta fase *sugerencias directas de relajación y de bienestar* y también la *evocación de una escena preferida* para el paciente. Esta última técnica consiste en dar sugerencias al paciente para que se imagine un lugar especial, preferido por él o ella, en el que se sienten seguros y relajados. A veces la persona cuenta con ese espacio en la realidad, otras veces no, pero siempre es posible fantasear ese lugar ideal donde es fácil relajarse y sentirse a gusto.

La *técnica de la fijación ocular* es una de las más citadas. Consiste en pedirle al paciente que centre su mirada sobre un objeto. Puede ser cualquier cosa que absorba la atención del paciente, desde un reloj, un péndulo, un punto en la pared hasta el dedo del terapeuta. Cualquier estímulo sirve para iniciar la focalización de la atención del paciente y el distanciamiento de los estímulos ambientales. Es útil observar el parpadeo del paciente y

acompañar el ritmo de la voz a los movimientos de los párpados e incluso ir modelando con este método, la respuesta deseada de cierre de los párpados.

En casos de pacientes que presentan una actitud de hipervigilancia o miedo a perder el control, que puede dificultar la marcha del proceso de inducción, puede ser útil utilizar *el método del “como sí”* evitando las sugerencias directas y utilizando sugerencias para actuar “como sí” estuvieran respondiendo de la forma adecuada. A base de “actuar” la situación de trance, se borra el límite entre el “como sí” y el “sí” verdadero. En la práctica sería hacer afirmaciones del tipo: “Si usted fuera a entrar en una agradable experiencia de trance, podría cerrar los ojos y notar como se van enlenteciendo los movimientos rítmicos de su respiración, al mismo tiempo que, quizás, podría empezar a notar una confortable sensación de relajación muscular y...”

Después de una inducción formal, es frecuente la *utilización de técnicas de profundización*, para intensificar el estado de trance. Se suele utilizar la imagen de una escalera o de un ascensor en el que, a medida que la persona baja un escalón o un piso más, va progresivamente profundizando su estado de trance. Otra variante puede ser, tras la inducción de la “escena preferida” de relajación, sugerir al paciente que profundice en ese estado de bienestar y calma según él va contando de diez a uno. El conteo se hace, como es de esperar, acompañando el ritmo y la cadencia de la voz al ritmo que marca el paciente.

En otras ocasiones se puede utilizar el método del *“encadenamiento”* o *“compuesto verbal”* durante el cual, el terapeuta va encadenando sugerencias de acuerdo con la fórmula “Al mismo tiempo que X, puede ocurrir Y”. De esa forma, “el paciente va construyendo respuestas nuevas en el marco de respuestas pasadas” (Yapko, 1995).

Algunas variantes sugeridas por terapeutas de la programación neurolingüística consiste en encadenar afirmaciones de sensaciones en diferentes canales sensoriales (visual, auditivo o cinestésico) con una sugerencia guía de relajación, de bienestar o de profundización en el estado de trance. Las afirmaciones en los diferentes canales sensoriales se hacen con un estilo de lenguaje vago e impreciso, de modo que la persona las pueda validar. Todos podemos afirmar que *“observamos los colores”* o que *“notamos el cuerpo bien apoyado en la silla”* si estamos sentados. Esas afirmaciones se van haciendo en cada uno de esos tres canales, de modo que van facilitando un clima emocional de aceptación por parte del paciente. Sin esa aceptación, sin ese permiso, el terapeuta no podrá entrar en el mundo psíquico de la persona. En este caso, cada vez que el terapeuta repite el proceso lo hace encadenando las experiencias sensoriales con la instrucción guía a través de conjunciones o proposiciones que van aumentando la asociación causal entre ellas. Por ejemplo, el terapeuta le puede decir al paciente: *“Observas los colores de esa zona de la pared y te vas sintiendo más relajado”* *“Escuchas el sonido de mi voz y empiezas a encontrarte sereno”*. Para después continuar con afirmaciones de nuevo en las tres esferas sensoriales, pero conectadas con la instrucción guía a través del *“mientras”* o *“al mismo tiempo”*. Por ejemplo: *“Mientras sigues escuchando los ruidos de fondo, te sientes más calmado, más seguro”*. En una vuelta de repetición más, el terapeuta utilizará como nexo de conexión entre las experiencias sensoriales y la respuesta guiada, la palabra *“porque”*, aumentando, así su fuerza de asociación y de causalidad. Por ejemplo: *“Porque notas el movimiento de tu cuerpo al respirar, te sientes profundamente relajado y a gusto”*.

Por último el *silencio* puede ser una técnica útil. Después de la inducción formal, se le puede sugerir al paciente concederse un tiempo de silencio para disfrutar de la experiencia de relajación y profundizar en ella. A veces se puede utilizar esta intervención para hacer una sugerencia que fomente algunos sentimientos positivos para el paciente, a

través de sugerir entrar en un agradable y profundo sueño de bienestar del que la persona puede volver descansada tranquila, un sueño de enriquecimiento de la capacidad y la valoración personal.

2. Inducciones Naturalistas del trance hipnótico.

A diferencia de las anteriores, son más difíciles de describir precisamente por el “aprovechamiento” que hacen de los recursos que el paciente aporta a la terapia de un modo espontáneo y creativo. Consideran que el estado de trance es un estado que se produce cientos de veces durante la actividad diaria habitual, es decir que es una experiencia natural. El ejemplo más corriente es el de la persona que conduciendo su vehículo para ir a su trabajo como todas las mañanas, consigue llegar sin percances, pero cuando llega, no es capaz de recordar o describir con exactitud que es lo que ocurrió durante el recorrido. Para hacer el trayecto con éxito, ha tenido que llevar a cabo complejos movimientos de coordinación y mantener una atención capaz de reaccionar ante cualquier suceso imprevisto en la conducción. Sin embargo, al mismo tiempo que ha hecho todo esto sin conciencia de hacerlo, el conductor ha podido ir resolviendo una ecuación matemática a la que le daba vueltas desde hace días.

Los métodos naturalistas de inducción de trance, potencian esa capacidad. El clínico puede construir respuestas hipnóticas a partir de conseguir “absorber” la atención del paciente y centrarle en experiencias terapéuticas significativas. Se utilizan recursos como los siguientes:

La Utilización de experiencias hipnóticas pasadas. El clínico puede llevar al paciente al recuerdo de experiencias hipnóticas formales que haya tenido o simplemente hablándole de las experiencias cotidianas de trance, como las de la conducción, las de soñar despierto, la concentración en la lectura etc... A medida que el terapeuta va absorbiendo la atención del paciente, este puede ir experimentando algunas respuestas hipnóticas, como son el enlentecimiento de la respiración, la mirada fija etc...que el clínico puede señalar y ampliar. A veces es útil hacerlo utilizando el encadenamiento, como describimos más arriba. Es un procedimiento que genera pocas resistencias al iniciarse hablando de un “entonces”, cuando la persona experimentó la experiencia hipnótica y no de un “ahora”.

Focalizar la atención del paciente en la experiencia interna: El paciente ha de pasar de estar orientado hacia lo externo a orientarse en su experiencia interna. Para ello la terapeuta puede empezar haciendo afirmaciones basadas en lo exterior, por ejemplo “estás escuchando el ruido que proviene de la calle”, para ir incluyendo alguna afirmación sobre su experiencia interna, por ejemplo, “Tu respiración se va tranquilizando”. Hay pacientes a los que les resulta especialmente fácil centrarse en su interior y que tras la primera afirmación, el terapeuta ya puede ir conectando con el espacio interno del paciente. Hay otros pacientes a los que les puede costar más y el terapeuta puede tener que dedicar más tiempo a llevarle de la orientación externa a la interna, haciendo más número de afirmaciones de este tipo. Lo normal es que al principio se hacen más afirmaciones basadas en lo exterior y después se hacen más centradas en el interior. Cuando el proceso se repite, se observa que en las sesiones siguientes suele ser más fácil conseguir la orientación interna del paciente.

Sugestiones negativas: Especialmente útiles en aquellas personas cuya tendencia es a responder negativamente. Se utiliza esa misma energía para conseguir que la persona entre en un estado de trance. Cuando a un paciente muy crítico o con mucha necesidad de controlar, se le ofrecen sugerencias negativas (“no se relaje”, “manténgase activo y alerta”) su tendencia a responder oponiéndose, le colocaría justamente en la dirección deseada (por la persona y por el terapeuta). Si se utilizan sugerencias negativas se ha de ser especialmente cuidadoso. Cuando son muy directas puede ser muy obvio para el paciente y perder eficacia. Normalmente cuando, a través de sugerencias negativas, la persona consigue entrar en trance, puede darse cuenta de que se ha dejado llevar por el terapeuta y, sin embargo, ha disfrutado de una experiencia agradable. Este puede ser el punto de partida de sesiones construidas sobre sugerencias positivas.

Metáforas: Según el Diccionario de la Real Academia, metáfora proviene de una voz griega que significa traslación. La definen como “tropo (es decir, empleo especial de una palabra) que consiste en trasladar el sentido recto de las voces a otro figurado, en virtud de una comparación tácita. Cuando la metáfora es continuada, se trata de una alegoría, en la que unas palabras se toman en sentido recto y otras en sentido figurado, de modo que se da a entender una cosa expresando otra diferente”. Así, por ejemplo, se puede describir la ira como “fuego”, la pasividad por “estar sentado”, el deseo de poseer como “encadenar” etc...

Precisamente porque las palabras no tienen un sentido único es por lo que es posible la metáfora y la alegoría. Es decir, detrás de un nombre, están todos los posibles significados que no se nombran. La utilización de una palabra aludiendo, encubiertamente, a los otros sentidos consonantes con ella, hace posible la metáfora.

Ya señaló Aristóteles, en el libro tercero de la Retórica (Borges, 1997), que toda metáfora surge de la intuición de una analogía entre cosas disímiles. Aunque Aristóteles fundamentó la metáfora sobre las cosas y no sobre el lenguaje, destacamos aquí, su carácter de intuición y analogía.

Para autores como Erickson (Haley, 1973), la analogía es el mejor camino para llegar al inconsciente. En el trabajo de este autor, maestro en la comunicación metafórica, se encuentra con frecuencia el uso de la metáfora y la analogía con diversos propósitos. A veces, utilizaba la analogía con el fin de preparar a las personas para una intervención posterior, por ejemplo la inducción de un trance hipnótico. Otras veces las utilizaba para suscitar actitudes o marcos de referencia diferentes que ayuden a resolver el problema.

En un ejemplo de Erickson, al trabajar con una pareja en la que había habido un problema de infidelidad, Erickson se preguntaba: “¿es esto la terminación de su relación o el comienzo de una nueva?” *Si es la terminación, punto y aparte. Si es el principio de una nueva, ¿qué quieren de esa nueva relación?. En otras palabras, ¿se están mudando de casa, de la antigua a una nueva? Si se están mudando, muy bien, no hablen de ponerse a fregar la cocina, el sótano etc...¿Qué quieren tener en la casa nueva? Esta es una figura retórica, o una analogía que uso muy a menudo. “De modo que van a irse de la casa vieja, y dejarán allí todos sus muebles. ¿Qué tipo de vista quieren tener en la casa nueva? Ha de estar en una parte diferente de la ciudad, con una diferente vista; será una casa distinta por completo, con otros muebles, otro arreglo. Ahora bien, ¿qué es lo que quieren en la casa nueva? (O’Hanlon, 1995)*

En otro ejemplo de Erickson, buscando la transformación de una sensación dolorosa, utilizaba la siguiente alegoría: “¿Sabe usted cómo es que el primer bocado de postre tiene un gusto tan rico? E incluso el siguiente bocado sigue gustando, pero cuando se llega al bocado sexagésimo sexto, ya no agrada tanto. Se ha perdido el gusto por él, y su sabor ha cambiado de un modo peculiar. No se ha convertido en “feo”; solo que se extingue” (O’Hanlon³¹¹, 1993)

La metáfora es una forma de comunicación paralela que ayuda a preparar al paciente para un paso siguiente o a vencer una dificultad en el tratamiento o a obtener información preguntando de otra forma y, por tanto, consiguiendo resultados distintos que por una vía menos convencional. Cuando se utiliza la metáfora, no se acompaña posteriormente de ninguna interpretación, que de, a la metáfora un significado específico³¹². De esta forma, cada paciente extraerá sus propios significados, de entre las resonancias cognitivas y emocionales personales suscitadas por la narración metafórica. Al estimular la búsqueda de significados del paciente y le ayuda a centrarse en su experiencia interna³¹³.

Confusión: Está incluida dentro de las técnicas que interrumpen una pauta. Se utilizan las anécdotas, los chistes, los cambios bruscos de dirección, las equivocaciones, el hablar en opuestos, las dobles o triples negaciones. El terapeuta empieza acompasando la experiencia de la persona para, a través de una técnica de las anteriores, producir una “desestabilización”. Tras la confusión, que es un estado de alerta no bien diferenciado, es más fácil que la persona acepte la sugestión concreta que el terapeuta le ofrece a continuación

En terapias de inspiración ericksoniana (Erickson), la terapeuta va a utilizar cualquier cosa que el paciente aporta para intentar acompasar la experiencia y conseguir, así, que la persona le deje entrar en su mundo personal, en su “sala de estar”, en palabras de Jeffrey Zeig. El terapeuta intenta trabajar con la resistencia del paciente a su favor. La energía que pone trabas implícitas a su mejoría, puede ser hábilmente canalizada por el terapeuta para reconvertirla en energía para el cambio.

3. Técnicas específicas en las reacciones al trauma

Cuando se trabaja con una persona víctima de un estrés traumático, decíamos antes que terapeuta y paciente han de centrarse en la recuperación controlada de los recuerdos y la elaboración e integración de la experiencia traumática. Para ello, dentro de la hipnosis se han descrito técnicas específicas. Algunas de ellas permiten al paciente separarse él mismo de sus recuerdos, y poder conseguir así, una recuperación a un ritmo tolerable por él o ella.

Como no nos cansamos de repetir, hay que seguir el ritmo que el paciente pueda tolerar. Como estos recuerdos producen indefensión es útil promover imágenes de fortaleza, de poder personal, de protección y competencia. Es aconsejable, también sugerir al paciente que recuperará los recuerdos que le vayan a ser útiles y aquellos para los que esté preparado para recuperar. De esta forma es el propio paciente el que va modulando la capacidad de acceder a memorias a veces muy dolorosas o intolerables.

A continuación, de acuerdo con la propuesta anteriormente mencionada de Brown, Schefflin y Hammond (Maldonado,1998), describemos seis técnicas que consideramos especialmente interesantes durante el primer y segundo estadio del tratamiento:

- **Relajación.** Inducir un estado de relajación, sugerir imágenes de un lugar seguro o relajado y tranquilo. Una vez que se ha conseguido un estado de relajación profunda, a los pacientes se les sugiere que mantengan este estado, al mismo tiempo que se les pide que confronten recuerdos muy cargados emocionalmente para ellos, al ritmo marcado por la persona.
- **Técnicas proyectivas:** En esta técnica el paciente “proyecta” imágenes, pensamientos, sensaciones fuera de sí mismo en una pantalla imaginaria. Imágenes útiles son las de una película o una pantalla de ordenador o la superficie de un lago, el cielo azul, un espejo. Facilita el proceso de separar las memorias de las sensaciones físicas dolorosas, para minimizar la posibilidad de recoger recuerdos muy desbordantes o retraumatizadores. La técnica de la pantalla puede permitir la manipulación del afecto que es movilizado durante el recuento de los recuerdos traumáticos. Por ejemplo, se les pide que controlen la intensidad del contenido haciendo las imágenes más pequeñas o más grandes, moviendo la pantalla hacia delante o atrás, transformando las imágenes o cambiando el color (representado imágenes en blanco y negro, en vez de en color) el sonido (bajando el volumen), la velocidad o eligiendo apagar la pantalla si el contenido es intolerable. A los pacientes se les recuerda que igual que en una película de terror, algunas escenas pueden ser repulsivas, pero que no por ello experimentan de nuevo el dolor asociado con las memorias traumáticas o las imágenes.
- **Reestructuración:** Una variación de la técnica anterior. Se le pide al paciente que divida la pantalla por la mitad. Mientras hacen esto se les pide que proyecten en la parte izquierda recuerdos que necesiten trabajar (los traumáticos) mientras en la derecha, proyectan imágenes de algo que hicieron que fue protector para ellos o para otras personas (gritar, pelear, tumbarse). El terapeuta les anima a recordar cualquier cosa que hayan hecho para protegerse y reinterpreta la indefensión como una útil estrategia de supervivencia

La nueva cognición implica el reconocimiento tanto de la intensidad de la amenaza como la respuesta adaptativa del paciente en el momento del trauma. Al final las dos imágenes sirven para reestructurar la memoria del trauma. La imagen de la izquierda resume el trauma en sí mismo, la de la derecha les demuestra que, incluso mientras eran víctimas, estaban intentando controlar de alguna forma la situación. Esta experiencia permite tomar conciencia al paciente de que la humillación del trauma es solo uno de los aspectos de la experiencia.

- **Regresión en la edad:** La regresión que ocurre es un acontecimiento imaginativo-experiencial, no literal. Ayuda a las personas a volver a un self anterior. Puede ayudar a la recolección del evento traumático, a recuperar detalles (aunque la fiabilidad de esto es cuestionable), pero es de interés para llegar a una interpretación del sentido que tienen para la persona, por ejemplo, síntomas somáticos o conversivos etc... La utilización literal de este tipo de técnicas ha producido problemas cuando se trasladan al terreno de las pruebas en la corte de justicia. La opinión general es que su uso en estos casos está muy limitado de forma que para algunos, el que una persona haya sido sometida a técnicas hipnóticas puede invalidar su testimonio.

- **Puente afectivo:** Especialmente útil cuando aparecen síntomas del espectro de lo fóbico. Después de inducir el estado de relajación, al paciente se le pide que de marcha atrás hasta la primera vez que sintió una determinada emoción, por ejemplo el miedo. Ayuda al paciente a hacer nuevas asociaciones y aprendizajes acerca del origen de su miedo.
- **Contenedor imaginario de recuerdos:** Se usa para contener ciertos aspectos de la memoria hasta que el paciente esté listo para trabajar con ella. Un ejemplo es una caja de seguridad imaginaria en la cual el paciente “coloca” las memorias traumáticas. La caja está cerrada y en su imaginación, paciente y terapeuta usan llaves separadas para cerrarlo.

También se usan sugerencias post-hipnóticas como la de mantener la amnesia para las memorias traumáticas si la recolección actual de los recuerdos es demasiado angustiosa.

Fase 3: Reintegración y rehabilitación de la personalidad

Después de la recuperación de los recuerdos traumáticos, la persona necesita llevar a cabo una reestructuración de la experiencia y una incorporación de esta en el contexto de su biografía. Conseguir la integración de la memoria traumática dentro de un sentido adaptativo del self y del mundo potenciando el desarrollo relacional y personal.

En la mayoría de las ocasiones tras el trabajo terapéutico la persona puede llegar a admitir que “hizo todo lo que pudo” bajo aquellas circunstancias. Durante las técnicas de “imaginación hipnótica”, el terapeuta puede animar a la “persona de ahora”, con sus recursos y capacidades a reunirse, a abrazar o a confortar a la “persona de entonces” que estaba siendo abusada o traumatizada. Con la aceptación del “sí mismo victimizado”, la persona puede empezar también a reconocerse un “sí mismo superviviente” que realizó activos esfuerzos por controlar la experiencia, seguir adelante y llegar a ser la que ahora es.

En esta fase la hipnosis es de ayuda al facilitar formas de afrontamiento, como es la autohipnosis u otras técnicas como la progresión en la edad, que ayuda a romper la desesperanza en el futuro y facilitar una meta de futuro personal, realista y mejor.

Cardeña ha descrito un modelo compuesto de 8 procesos en el tratamiento³¹⁴. De los ocho, los seis o siete primeros son útiles sobre todo para el segundo estadio, el ocho para la fase de integración.

1. **Confrontación:** Importante confrontar las memorias traumáticas directamente mejor que evitarlas, lo cual puede perpetuarlas
2. **Confesión:** Es conveniente animar a los pacientes a que cuenten emociones, pensamientos etc.. especialmente embarazosos para ellos o para los terapeutas. Importante distinguir entre remordimiento real y una sensación de culpa que proviene del intento de sentir algún control sobre la situación y haber cambiado el pasado.
3. **Consolación:** Abordaje activamente consolador por parte del terapeuta.. Incluye la expresión apropiada de empatía, comprensión y preocupación.
4. **Experiencia consciente:** Facilitar un recuerdo gradual y tolerable de la experiencia traumática. Se pueden utilizar técnicas como la de la pantalla dividida, o promover amnesia post-hipnótica para aquello que no se pueda tolerar.
5. **Condensación:** Es importante encontrar una imagen que condense un aspecto crucial de la experiencia traumática. Esta representación puede hacer más manejables aspectos

muy desbordantes del trauma. Facilita la reestructuración de la experiencia uniendo imágenes previamente separadas. Por ejemplo, ligar el dolor asociado con la pérdida de un ser querido con la alegría de un tiempo pasado compartido juntos, de forma que permite a la persona alterar el dolor de la pérdida comprendiendo esta en términos de los aspectos positivos de la relación. Usando la hipnosis un paciente puede encontrar una imagen que condense aspectos afectivos y sensoriales del trauma.

6. Concentración: Aprende a focalizar la atención y modularla sobre el acontecimiento traumático de forma que la atención puede ser desplazada después de ese foco cuando acaba el estado hipnótico.
7. Control: Los sentimientos de indefensión y de pérdida de control son de los aspectos más dolorosos. Con la hipnosis se busca también aumentar el sentimiento de auto-equilibrio o control. Este sentimiento se puede potenciar sugiriendo a los pacientes que “recuerden hasta donde puedan recordar con seguridad ahora”. Entrenar en autohipnosis puede ser, también, una forma de fomentar el auto-control
8. Congruencia: La tarea es conseguir una adecuada integración de la memoria traumática, auto-imagen, sentido del mundo, y un volver a asumir pautas de memoria y de cognición fluidas y congruentes. Al conseguir la experiencia de congruencia, los síntomas disociativos tenderían a desaparecer.

Quizás debido a la indefensión generada durante la situación traumática, cuando terapeuta y paciente trabajan juntos, las reacciones transferenciales pueden ser muy intensas. La hipnosis puede intensificar una transferencia infantil de dependencia. El terapeuta ha de cuidar de no fomentar la dependencia y generar un ambiente que promueva la autonomía

El terapeuta ha de estar especialmente atento y evitar la creación de “falsas memorias” sobre todo en personas altamente hipnotizables en cuyas situaciones traumáticas vaya a haber implicaciones legales, en el caso de víctimas de abusos etc..

Como en cualquier otra intervención, el terapeuta ha de evaluar primero la indicación para cada paciente y hacer un recuento de su vida pasada (incluidas otras situaciones traumáticas) y un recuento del acontecimiento traumático con las memorias más ansiógenas que recuerde, intentado comprender lo que le supone a *ese* paciente, a *esa* persona “la peor parte de la historia”.

4. Finalización del trance hipnótico

Una vez terminada la sesión, el terapeuta ayuda al paciente a volver a su estado normal de conciencia. Para ello, los enfoques más clásicos han utilizado el método de contar hasta tres o el de chasquear los dedos. El inconveniente de estos procedimientos consiste en que no se respeta el ritmo del paciente, imponiéndose la voluntad del terapeuta a la hora de volver del trance. Otros métodos menos impositivos van reorientando al paciente más gradualmente, dando sugerencias de “volver a su ritmo, a su velocidad” o “cuando estés preparado volver, a tu ritmo”, al mismo tiempo que el terapeuta va cambiando de nuevo su tono e intensidad de la voz para ir la “normalizando”. Si a la persona le cuesta volver, se la llama por su nombre o, se la toca suavemente, después de avisarle que se la va a tocar. De esta forma se consigue una reorientación más suave y armoniosa para la persona.

En resumen, son muchos los informes que hablan de la utilidad de la hipnosis en el tratamiento del estrés traumático. La hipnosis puede ayudar para entrenarse en procedimientos de relajación y de recuperación controlada con expresión emocional de la experiencia traumática. Algunas técnicas ayudan, además a la integración de la experiencia en la línea vital de la persona y a continuar adelante con la vida.

ENFOQUE DE GRUPO EN LA PSICOTERAPIA DE SITUACIONES TRAUMÁTICAS. Pau Pérez-Sales.

1. ¿Por qué un enfoque de grupo?

Trabajar en grupo es sólo una forma estructurada de repetir lo que constituye la respuesta normal del ser humano ante las situaciones de la vida cotidiana: comentarlo y hablarlo con aquellos que le rodean para intentar buscar opiniones, sugerencias o soluciones en común³¹⁵.

En el caso de las situaciones traumáticas, estas vienen definidas por una ruptura de algunos de los elementos estructurantes básicos del ser humano: la confianza en uno mismo, la creencia en la bondad de los otros, en la posibilidad de establecer vínculos afectivos significativos, de seguridad y predictibilidad etc (ver volumen 1). En este contexto, parece que trabajar las situaciones traumáticas desde un modelo que se basa, precisamente, en establecer vínculos con otras personas que han pasado por una situación similar, puede resultar especialmente significativo y útil³¹⁶.

Además, los hechos traumáticos generan sensación de alienación. “Nadie nos creerá. Las cosas que contemos serán tan horribles que nadie nos creerá – decía Primo Levi -. Esa obsesión rondaba en la mente de todos los presos...”. Un grupo, en el contexto de situaciones traumáticas, es un espacio en el que no es necesario *convencer* a otros, ni buscar palabras.

No tener que convencer a otros, además, es muy necesario frente a la culpabilización que puede aparecer de manera directa (“algo debió hacer”) como una manera de los demás de querer creer que a ellos nunca les habría pasado o que nunca les pasará, o de manera indirecta (pensar que no se es creído significa pensar que el otro nos sospecha culpable).

Por tanto, de los múltiples temas que pueden ser objeto de un grupo, éste parecería ser uno de los especialmente indicados. Como alternativa al tratamiento individual, el enfoque de grupo en situaciones traumáticas presenta múltiples ventajas que podrían resumirse en al menos las siguientes³¹⁷:

Ventajas del enfoque de grupo en situaciones traumáticas.

1. Ventajas terapéuticas. Permite

- Dar sentido a lo ocurrido (búsqueda de lógica y marco de comprensión).
- Reconstruir la memoria personal y construir una memoria colectiva
- Compartir emociones negativas (miedo, tristeza...) expresándolas o viéndolas en otros, poniéndoles nombre.
- Evitar contextos de incompreensión o culpógenos
- Establecer vínculos positivos
- Controlar las reacciones impulsivas o las opiniones extremas
- Tener un espacio de ventilación allí donde este no es posible por las circunstancias externas
- Normalizar las reacciones como respuestas normales a situaciones anormales
- Discutir y buscar soluciones comunes. Aumentar la integración y cohesión del grupo
- Crear espacios de distensión informal.

2. Ventajas en cuanto a eficacia :

- Permite llegar a un mayor número de personas.
- Requiere una infraestructura menor : es más fácil de improvisar si existe simplemente un espacio físico.
- Se resiente menos de cambios de terapeuta (lo que suele ser frecuente en contextos de violencia o equipos de crisis).

2. Tipos de grupos: objetivos, estructura, fases y función del facilitador.

Existen diferentes dinámicas sociales asociadas a los hechos traumáticos:

- Durante el momento del impacto (en el caso de una catástrofe, una agresión física o psicológica o un accidente) o de una agresión prolongada (en el caso de una guerra o una catástrofe repetida) suele haber un espacio de extraordinaria cohesión alrededor del hecho traumático. Afectados y no afectados hablan, comparten, existen muestras constantes de solidaridad y apoyo (que en algunos casos pueden dar lugar incluso a agotamiento)^a.
- En los casos en que no es así - se suele cifrar en alrededor de las 4 a 6 semanas del impacto- empiezan a producirse signos de cansancio “de escucha” alrededor de los afectados.
- Por último puede aparecer con frecuencia una dinámica de olvido y privatización del daño.

Existen múltiples modalidades de trabajo grupal post-trauma. Al menos pueden distinguirse tres grandes prototipos : Grupos de Desactivación^{318 319}(debriefing), pensados como espacios estructurados en estas primeras horas o semanas, de carácter más bien preventivo, los Grupos de Apoyo Mutuo y los Grupos de Terapia. Estos dos últimos tendrán la máxima indicación cuando empieza el “cansancio de escucha” : entre los 3 meses y los dos años después del hecho traumático. En base a este esquema vamos a considerar las modalidades de trabajo grupal post trauma. En la siguiente tabla se resumen las características y algunas ideas sobre las formas de trabajo en cada caso.

^a En ocasiones esto no es así y al hecho traumático sigue, de modo inmediato, un “pacto de silencio” derivado de las características estigmatizantes, vergonzosas o políticamente significativas, del hecho traumático.

	Grupo de Desactivación (<i>Debriefing</i>)	Grupo de Apoyo Mutuo	Grupo de Terapia
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer un espacio de ventilación emocional de manera inmediatamente posterior a un hecho traumático. - Prevención de TEPT posterior - Educación para la salud, avisando y normalizando algunas reacciones (alerta, pesadillas, tristeza...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer un espacio para compartir problemas y necesidades, realizar un aprendizaje y fortalecimiento mutuo y buscar formas de afrontamiento (a diferencia de las otras formas de trabajo, aquí éste <i>no se focaliza en el trauma</i> sino en la respuesta individual y de grupo y en las formas de afrontamiento). 	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer un espacio de psicoterapia de grupo para personas con afectación psicológica.
Estructura (aproxim)	<p>Una sesión, en la semana posterior al hecho traumático.</p> <p>Formato común con una estructura y objetivos fijados de antemano</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En cualquier momento en que se perciba la necesidad. (Generalmente en contextos de trauma repetido o constante). - Estructura y número de sesiones variable (ver más adelante). - Priorización de : <ul style="list-style-type: none"> o Expectativas del grupo o Prejuicios o ideas que pueda tener sobre el tema o Necesidades percibidas de apoyo externo o Necesidades percibidas de regulación interna y normas preexistentes o pactadas ad-hoc 	<ul style="list-style-type: none"> - Alrededor de 10 sesiones (evaluar y decidir si se continúa o no), con frecuencia variable, generalmente semanas, meses o años tras el hecho traumático.
Dirigido a	Personas que comparten una determinada experiencia	<ul style="list-style-type: none"> - Personas con un problema común - Grupo con una experiencia vivida de forma colectiva y que no encuentra otro espacio social de intercambio 	- Personas afectadas por un trastorno similar

	Grupo de Desactivación (Debriefing)	Grupo de Apoyo Mutuo	Grupo de Terapia
Fases	<p>4 momentos en el grupo :</p> <p><i>Introducción</i> <i>Narración de los hechos,</i> <i>Reacciones emocionales que tuvo cada persona,</i> <i>Educación para la salud sobre las reacciones que se han tenido y las que pudieran tenerse.</i></p> <p>En otros esquemas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Hechos</i> - <i>Pensamientos sobre cómo se reaccionó en aquel momento</i> - <i>Qué fue lo peor y lo mejor de la experiencia</i> - <i>Elaboración y devolución grupal</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámicas de presentación y creación de un clima positivo. - Dinámicas para favorecer la expresión de la situación a trabajar (p.e. atentado, desplazamiento forzoso) o el sentimiento (p.e. miedo, cansancio crónico). - Arranque en un punto: <ul style="list-style-type: none"> ❑ Hechos sucedidos, a partir de la dinámica anterior (raramente) ❑ ¿Cómo nos hemos sentido? ❑ ¿Cómo nos ha afectado? (a nivel individual, familiar, de grupo). - Causas posibles que se perciben - Propuestas y soluciones posibles que se valoran - Compromisos (raramente) 	Múltiples estructuras según cada escuela de psicoterapia.
Función del agente externo	<p>Coordinador.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a la recolocación de los hechos. - Educación : Normalización de reacciones 	<p>Facilitador</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensar el problema. Ayudar con su reflexión a fijar el objetivo en función del problema. Si procede, explicitarlos y llegar a acuerdos de planificación del trabajo. - Animar, moderar, estimular, proponer dinámicas (y en ocasiones temas) que ayuden al avance del grupo. Aclarar conceptos o ideas si es requerido para ello. 	<p>Terapeuta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conducir a los pacientes por un proceso de análisis y mejora clínica. - Pueden acompañarse de seguimiento individual paralelo, si se requiere, y en base a un número largo de sesiones.
Metodología	Intercambio verbal ordenado según unas normas	Intercambio verbal ordenado Discusión en subgrupos Representaciones y role-playing del problema. Modelado. Ejercicios Técnicas de resolución de conflictos Elaboración colectiva de narraciones, memoria colectiva	Intercambio verbal ordenado según unas normas En determinadas escuelas (p.e. psicodrama o Gestalt) representaciones y role-playing

	Grupo de Desactivación (<i>Debriefing</i>)	Grupo de Apoyo Mutuo	Grupo de Terapia
Condiciones de buena praxis	<ul style="list-style-type: none"> - Debe estar en el contexto de una intervención global, que de apoyo o seguimiento a las personas que muestren un nivel especialmente alto de dificultades - Respetando las relaciones de poder locales, consensuando con las autoridades locales (políticas, sanitarias) facilitando y potenciando los recursos existentes en lugar de competir con ellos o desprestigiarlos. - Debe pensarse de modo específico para cada grupo, conociendo sus circunstancias e historia de grupo. - No abrir temas que el espacio de una sesión no permita cerrar (p.ej. duelo doloroso de carácter crónico con años de evolución) - Debe ser llevado por personas con experiencia en reacciones traumáticas. - Los grupos de Desactivación o de Ayuda Mutua no deben enfocarse como mini-grupos de terapia, sino desde su propia especificidad. - Debe haber niveles similares en las experiencias, motivación y afectación - Vivir una experiencia no es una patología. Atención al riesgo de : <ul style="list-style-type: none"> - victimización (fomentar la percepción de víctima o afectado) - estigmatización (fomentar la percepción de ser considerados como “especiales” o distintos al resto) 		<ul style="list-style-type: none"> - Terapeuta y co-terapeuta cualificados. - Coordinación con terapeuta individual de los pacientes, si lo hay. - Pueden ser recomendables niveles diferentes de experiencias, motivaciones, expectativas o logros (efecto de modelado, efecto de estímulo al cambio) - Los objetivos no se circunscriben solo al hecho traumático, sus consecuencias o su afrontamiento : permite una perspectiva más biográfica e integral.
Cierre	Atención especial al seguimiento. Evitar dejar temas abiertos		Atención especial al final del grupo y anticipar el “duelo” por ese final y la separación.

3. Preconceptos y espacios comunes en el abordaje de reacciones traumáticas.

Igual que en el enfoque individual, son también aplicables aquí algunos principios básicos de actuación que tienen que ver con preconceptos erróneos que aparecen ocasionalmente:

Mitos	Realidades
<p>La mayoría de las personas están afectadas tras vivir un hecho traumático (es decir, una amenaza grave para su integridad física o psicológica).</p>	<p>- La mayoría de las personas experimentan síntomas emocionales tras un hecho traumático, que significan formas homeostáticas de adaptación al mismo. La mayoría de los síntomas suelen desaparecer espontáneamente en los primeros tres meses. Un porcentaje variable (entre el 2 y el 20 según el tipo de hecho traumático) mantiene algún tipo de síntoma pasado ese tiempo.</p>
<p>Es beneficioso hablar de lo ocurrido cuanto antes.</p> <p>Es bueno crear dispositivos que rompan el aislamiento y el silencio</p> <p>- Esquema institucional (p.e. debriefing como rutina periódica de trabajo en todo el personal de ayuda).</p> <p>- Presión moral de referentes emocionales (p.e. utilizar a figuras de autoridad como convocantes del grupo)</p> <p>- “Presunción terapéutica” (p.e. convenciendo a las personas que es por su propio bien y que van a mejorar con ello)</p>	<p>- Si no se dan las condiciones adecuadas hablar de lo ocurrido puede ser iatrogénico por :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Retraumatización directa (romper la <i>supresión</i> como defensa) o Retraumatización vicaria (escuchar narraciones de gente más afectada o con otras experiencias horribles) o Peligro de potenciar la sensación de “nadie puede entender – es inútil contar”- Sensación de alienación. o Fomentar las rumiaciones y el desgaste psicológico asociado o Forzar a hablar en público de hechos frente a los que la persona puede sentir vergüenza o culpa (culpa ilógica) o Forzar a hablar en público de hechos que puedan llevar a ser rechazado por el resto (responsabilidad)
<p>- Siempre es bueno animar a que el otro cuente lo ocurrido a quienes le rodean (familia, amigos....) y a los demás a que le escuchen.</p>	<p>Hablar es bueno:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Si la persona quiere hacerlo y no siente que se la induce a hablar contra su voluntad o Permite reevaluar lo sucedido y crear una nueva narrativa sobre los hechos más positiva y que de mayor fortaleza a la persona o Permite tomar distancia psicológica y no fomenta un estilo rumiador y en círculo o Si la expresión verbal de emociones o hechos es acorde con el marco cultural

Mitos	Realidades
La persona que no quiere hablar de lo ocurrido está “reprimiendo” o “negando” sus reacciones y en algún momento pagará un precio por ello.	- Aunque la respuesta más frecuente ante un hecho traumático es querer hablar sobre ello, no todo el mundo necesita ni se siente impulsado a hacerlo. Un porcentaje elevado de personas no tienen reacciones emocionales intensas, o si las tienen pueden <i>suprimirlas</i> como táctica de afrontamiento.
Se requiere una ayuda técnica para conseguir enfrentar el hecho traumático	- La mayoría de personas pueden manejar por sí mismas sus reacciones emocionales tras un hecho traumático.
Hablar del hecho traumático de manera individual o en grupo en el inmediato post-trauma (“debriefing”) previene la aparición de complicaciones psiquiátricas posteriores.	- Existen datos muy contradictorios en los estudios longitudinales. No es posible afirmar en este momento que una sesión individual o de grupo de debriefing reduzca el estrés y prevenga la aparición de TEPT

4. Decisiones iniciales.

A la hora de decidir con qué tipo de grupo vamos a intentar trabajar, hay que tener en cuenta:

- Tiempo mínimo imprescindible,
- Condiciones de trabajo,
- Dimensiones del grupo,
- Número de sesiones aproximado de trabajo,
- Grado de afinidad entre los participantes,
- Posibilidades de identificación recíproca entre ellos,
- Características sociales similares.

En función de esto existen 3 grandes dicotomías entre las que generalmente el facilitador / terapeuta habrá de tomar posición:

A) Modelo extenso versus intenso.

B)

Modelo extenso: trabajo durante más tiempo (reuniones de 2 a 5 horas), pero con periodicidad mayor (cada 4 a 6 semanas).

Modelo intenso: trabajo durante corto tiempo (1 a 2 horas), pero con mayor periodicidad (semanal o quincenal). Ventajas e inconvenientes serían:

Extenso	Intenso
<ul style="list-style-type: none"> • Facilita que cada persona adquiera compromisos concretos y que tenga espacio de tiempo para cumplirlos • Mayor atención, al inicio, a la activación del proceso de grupo • Menos problemas de desplazamiento y de seguridad, según contextos. Menos problemas de abandono del trabajo habitual. • Permite menos sensación de presión, da más tiempo a la palabra, pueden introducirse dinámicas de trabajo participativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilita el aprendizaje progresivo del conocimiento • Mayor refuerzo grupal y motivación • Es menos problemático no acudir un día • Se estimula en mayor grado que se desarrollen procesos de amistad y apoyo (coloquios pre y postgrupo y creación de redes. • Hay más memoria de pequeños compromisos. No hay tiempo para aplicar compromisos de más calado (por ejemplo referentes al funcionamiento familiar o social de la persona)
<p>Multiplicación</p> <p>Zonas aisladas Contextos laborales Problemáticas bien definidas. El tiempo es un factor positivo de cambio (p.e. duelo)</p>	<p>Autoayuda Capacitación</p> <p>Comunidades y grupos naturales.</p> <p>Problemáticas polimorfas. El tiempo es un factor negativo de cambio (p.e. agorafobia, resolución de conflictos....</p>

B) Modelo abierto versus cerrado.

Modelo abierto: el grupo se constituye como un órgano de encuentro, discusión y participación al que la gente se incorpora y del que sale. Es, durante un tiempo, una estructura institucionalizada de intercambio.

Modelo cerrado: el grupo se constituye en una fecha, con un número determinado de personas. No se admiten nuevos miembros a mitad del proceso. Deberán esperar a que se constituya otro grupo.

Abierto	Cerrado
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Permite que los más antiguos se constituyan en modelo para los recién llegados (transmisión interna de la experiencia y conocimiento) <input type="checkbox"/> Es más dinámico, pero se rompe el ritmo de trabajo si se descompensa. <input type="checkbox"/> Problemas de confianza por el recambio <input type="checkbox"/> Puede beneficiar a mucha más gente. <input type="checkbox"/> Cuando un miembro siente mejoría, puede alejarse un tiempo, y volver si lo requiere. <input type="checkbox"/> Hay un efecto de refuerzo de vivencias o ideas, porque éstas aparecen recurrentemente a medida que se incorporan nuevas personas. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Se evita la sensación de estar siempre empezando. <input type="checkbox"/> Se identifican los roles con mayor facilidad <input type="checkbox"/> El proceso de grupo puede ser más cuidado <input type="checkbox"/> Mayores dificultades para la fase de finalización del grupo
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problemas que requieren de un recordatorio prolongado (p.e. hipocondría, escuela de padres, trastornos de alimentación...) <input type="checkbox"/> Grupos de autoayuda en prevención de recaídas (alcohol, ludopatía) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Grupos psicoeducativos (manejo de técnicas de relajación o afrontamiento, educación para la salud...) <input type="checkbox"/> Grupos con problemas graves de confianza o dificultades para crear un clima propicio de trabajo <input type="checkbox"/> Grupos con poca disposición de tiempo y necesidad de acotar un compromiso terapéutico.

C) Modelo educativo versus socializante.

Modelo educativo: espacio de discusión y elaboración de las experiencias en el que se recomiendan pautas de actuación. Tiene como fines la comprensión de problemas y el modelado de actitudes. El coordinador interviene más con explicaciones y reinterpretaciones de las experiencias.

Modelo socializante: el grupo se orienta a compartir experiencias, con intercambio pleno y libre entre los participantes. Predomina el proceso del grupo sobre el aprendizaje. El coordinador no interviene apenas, salvo para plantear algún núcleo de discusión y cuando se pierde el sentido y la discusión y se necesita refocalizar de nuevo.

¿Y ante la duda?.

Si no se tiene experiencia en el manejo de grupos es mejor empezar por grupos extensos, cerrados y educativos, dado que se facilita la coordinación, pueden darse menos problemas de manejo de la descarga emocional negativa, y es más fácil lograr una mayor seguridad y confianza entre los participantes. A medida que se van adquiriendo habilidades en el manejo de situaciones críticas se podrá avanzar hacia esquemas menos estructurados (y por tanto con mayor riesgo).

5. Grupos comunitarios en situaciones traumáticas.

Determinados contextos pueden requerir trabajar con grupos grandes de población, por ejemplo en situaciones de guerra o catástrofe natural. Esto exige el uso de dinámicas participativas cuya descripción excede el uso de esta guía. Algunos de los temas clásicos suelen ser:

Ideas para grupos de apoyo mutuo de carácter comunitario en situaciones traumáticas.

Parte 1

1. ¿Cómo nos sentimos? : El miedo. Otras emociones : tristeza, impotencia...
2. ¿Cómo afectan al cuerpo estos sentimientos y emociones? : problemas de sueño, dolores de cabeza, de espalda, agotamiento, mal humor, irritabilidad....
3. ¿Cómo afecta eso al modo en qué enfrentamos como personas los problemas?. ¿Y como grupo?.

Parte 2.

4. ¿Qué lógica tiene lo que ha ocurrido?.
5. ¿Es posible poner palabras al miedo? ¿Miedo a qué? ¿Qué estrategias para enfrentarlo?
6. ¿Cómo enfrentar los sentimientos y emociones negativos? ¿Cómo hacer que afecte menos en el cada día? ¿Es posible organizar las cosas o tomar algunas decisiones en este sentido?
7. ¿Es posible rescatar alguna cosa positiva de la experiencia vivida? ¿Algún momento en que pese a todo nos sintiéramos menos mal? ¿Qué puede aprenderse?
8. ¿Tenemos esperanza? ¿Confiamos en nosotros mismos?

En este tipo de trabajo es cuando es más necesario evitar la acción del “experto” que llega a un determinado lugar y sin conocimiento ni respeto a las autoridades naturales pretende ejercer un rol de catalizador de la respuesta comunitaria al trauma. Es importante trabajar en equipo con los propios afectados, con quienes les representan, trabajar la validación y consolidación de las estructuras de autoorganización que se pudieran generar. Sin ese trabajo en equipo y sin esa humildad y respeto elementos como la búsqueda de lógica a los hechos, o las posibles acciones para poner palabras al miedo y buscar alternativas pueden convertirse en irreales o peligrosas. Exactamente igual cuando se trabaja con un equipo de una organización en situación de crisis.

6. Grupos de autoayuda.

Los grupos de autoayuda surgen de modo espontáneo entre los afectados. El facilitador puede o no ser un profesional, pero en todo caso es el propio grupo quien se organiza.

La siguiente guía puede servir de orientación

Formación de Grupos de Autoayuda en situaciones traumáticas

El grupo promotor de afectados deben intentar responder a tres aspectos:

1. Crear las condiciones

- Local de reunión. ¿Dónde?. ¿En la centro de salud, la casa de cultura, en casa de una de las personas que promueven la idea?
- Distribución del espacio. La situación habitual suele ser un espacio abierto en el que sea posible distribuir sillas en círculo, para poder verse todos y conversar de manera abierta
- ¿Cuánta gente?. Un grupo de apoyo mutuo no debe ser muy numeroso. Aunque algunos grupos de mucha tradición y con normas muy establecidas pueden tener mayor tamaño, suele ser razonable no empezar por grupos de más de 8 a 12 personas.
- Marcar las reglas básicas de funcionamiento :
 - ✓ La regla fundamental : Nada de lo que se hable dentro del grupo puede salir del grupo bajo ningún concepto. Romper esta regla puede significar que a la persona no se le permita volver al grupo.
 - ✓ Otras reglas : Intentar fijar una hora de inicio y final (suele ser razonable de 1 a 2 horas de reunión para no cansarse mucho), buscar quien quiera moderar el grupo (o hacerlo rotativo entre los miembros)

Formación de Grupos de Autoayuda – II (sigue)

2. El papel del coordinador.

- Es importante iniciar la actividad presentándose todos. Es posible hacerlo de manera didáctica o usando alguna dinámica de presentación.
- Tener una actitud que sepa escuchar más que hablar o responder. La buena coordinación es aquella que casi ni se notó que existió.
- Evitar las bromas fáciles, comentarios peyorativos u otros que pudieran herir sin quererlo la sensibilidad de alguien.
- Saber estar por encima de las diferencias políticas, religiosas u de otro tipo. Lo que une a los miembros del grupo es su deseo de compartir una situación dolorosa y el modo en que se está enfrentando.
- No responder a las preguntas que salgan, sino dirigir las al grupo (¿Qué piensan los demás de lo que pregunta.....?)

3. Manejar los problemas.

- Frenar a aquellas personas que estén la mayor parte del tiempo *juzgando* a los demás. Las opiniones y ejemplos deben darse respecto a uno mismo y no respecto a otros miembros del grupo, porque en un grupo de situaciones traumáticas es muy fácil generar sentimientos de culpa.
- Evitar dar “soluciones”. Cada persona debe buscar las suyas y compartir con los demás es sólo un modo de ver otras posibilidades., pero al final es cada persona la que debe decidir. Esto es difícil ante algunas personas que están constantemente pidiendo a los demás soluciones. El coordinador puede caer en el error de intentar darlas. Debe ser el grupo en su conjunto quien proponga y la propia persona quien decida.
- Conflictos de intereses. Hay personas que desearan reunirse sólo para conversar. Otras que desearan que del grupo salgan iniciativas de acción (reclamar ayudas, realizar cartas públicas o manifestaciones....). Es importante respetar los objetivos de cada uno y que nadie se sienta excluido por no querer participar de todas las propuestas que salgan del grupo de apoyo mutuo.

Adaptado de : Formación de Grupos de Autoayuda. OPS / MINSAL. Nicaragua.

Aunque los grupos de apoyo mutuo son formas deseables de enfrentar las situaciones traumáticas y deben recibir el máximo apoyo de las autoridades en cuanto a logística, organización o apoyo profesional, deben reconocerse sus limitaciones : son grupos muy centrados en el aquí y el ahora y que difícilmente van a explorar elementos más complejos sobretodo en relación con el pasado o con el manejo de síntomas críticos.

7. Grupos psicoterapéuticos

Aunque en este caso existe un terapeuta que tiene una idea de cuales son los objetivos a lograr, y un marco teórico desde el que se mueve, eso no debiera necesariamente significar una estructura rígida con contenidos prediseñados (grupo psicoeducativo). En un grupo terapéutico, como en la terapia individual, debería ser el propio grupo el que genere los temas de los que desea conversar. Es importante fijar un límite. Este puede ser de unas pocas sesiones (3 ó 4) más destinado a clarificación y

análisis, o más prolongados (10 a 15 sesiones) destinado a profundizar en elementos más complejos y específicos de la situación o del colectivo de personas con la que se trabaja. Raramente están indicados los grupos de carácter indefinido por el riesgo, como se comentará más adelante, de la victimización y cronificación de los afectados en este rol.

El primer valor del grupo es poner palabras a los hechos.

J. empezó a acudir a un grupo seis meses después de sufrir un atentado. Su actitud en casa y con los amigos era de permanente angustia. Siempre estaba crispado, dormía mal, como si estuviera en alerta. Su terapeuta había usado medicación, que le dormía, y se habían intentado técnicas de relajación, que no era capaz de cumplir. En la tercera sesión de grupo alguien que también era superviviente del mismo atentado comentó : “Estoy de baja laboral desde entonces, y no creo que pueda incorporarme. Estoy esperando a ver...”. En ese momento J pudo hablar : “ Esa es la palabra : esperar. Estoy esperando. Estoy ansioso todo el día porque estoy esperando. Pero no sé qué espero...”. Se hizo un silencio y el facilitador insistió en la idea : “¿Qué podrías estar esperando” . “No lo sé, respondió, pero estoy esperando. Quizás esté esperando a Godot, no lo sé, pero la palabra es esperando”.

Esto lleva a la ambivalencia recordar – olvidar. Como se especificó en el volumen 1, recordar o no, contar o no, son elementos que deben estar bajo el control de cada persona. El grupo no debería romper esta norma y forzar al recuento, sino respetar los ritmos personales.

Algunos temas suelen ser de interés recurrente para los supervivientes y pueden aparecer en algún momento en las diferentes sesiones:

Temas que pueden ser objeto de atención en un grupo terapéutico con supervivientes.

Temas clásicos	Otros temas	Temas especiales (para sesiones avanzadas o para colectivos determinados)
<p>. Compartir palabras. Si el trauma es incontable, inexpresable, inenarrable, oír múltiples narraciones puede ayudar a que uno mismo pueda encontrar determinadas palabras que le resulten coherentes y significativas para pensarse a sí mismo.</p> <p>. Reinterpretar y normalizar los síntomas. Por ejemplo, la importancia de las imágenes y sensaciones ¿Alguien cree que le ha afectado especialmente lo que vio, oyó...? ¿De qué modo?. ¿Qué puede significar? ¿Qué se puede hacer?.</p> <p>. Dificultad para recordar partes de la historia. ¿Por qué? ¿Qué puede significar? ¿Qué debería hacerse? . Cómo han afectado los hechos a la vida cotidiana. ¿Cuáles son los efectos de las experiencias pasadas en nuestras emociones y conductas de ahora?.</p> <p>. Seguridad. (¿Tengo la impresión de que el mundo de golpe se ha vuelto inseguro? ¿En qué sentido? ¿Cómo afecta a mi vida? ¿Qué puede hacerse?)</p> <p>. Relaciones con los demás. (¿Me he sentido sol@? ¿Por qué? ¿Son los demás o también algo yo? ¿Lo deseo / lo necesito o en realidad es que no puedo evitarlo?)</p> <p>. Confianza (¿Me parece que puedo confiar más (menos) en los demás? ¿Qué me ha enseñado lo que ocurrió? ¿En qué nos basamos para pensar eso? ¿Qué otras interpretaciones pueden darse?</p> <p>. Impotencia / Indefensión frente a fortaleza.</p> <p>. Manera como se ve uno a sí mismo. Víctima versus supervivientes. Vulnerable versus fortalecido. Separar la línea del pasado (impotencia) de la del presente (capacidad de acción).</p>	<p>. Técnicas de manejo del estrés.</p> <p>. Prevención de situaciones críticas . ¿Cómo han observado la reacción de los demás ante lo que les ha sucedido?</p> <p>. ¿Tienen la impresión de que hay gente que apoya siempre? ¿Quizás alguna gente que les evite? ¿Qué razones podrían tener estas personas para evitarles? (intentar creer que esto nunca les va a ocurrir, olvidarse del horror...)</p> <p>. Existencia o no de vivencias de humillación. Importancia de las mismas.</p> <p>. Existencia o no de vivencias de responsabilidad (es preferible no usar la palabra culpa)</p> <p>. ¿Ha cambiado en algo mis prioridades en la vida? ¿En qué sentido? (buscando tanto en términos potencialmente negativos de compensación / huida en el trabajo – tiempo libre – alcohol como en el potencialmente positivo de crecimiento postraumático (valorar los pequeños detalles, la amistad y la familia, las creencias políticas, sociales o religiosas, las prioridades en la vida...)</p>	<p>. Reflexionar sobre la posibilidad de que la gente alrededor se pueda <i>sentir culpable</i> por lo que nos ha pasado a nosotros? ¿Por qué? ¿Sería bueno hablar con ellos?</p> <p>. Reflexionar sobre la posibilidad de que la agresión aumente la sensación de vulnerabilidad, de tener a alguien cerca y esto pueda hacer que las personas entre en situaciones paradójicas : la mujer maltratada que depende en todo de su marido, el torturado que acaba idealizando a su torturador. ¿Existe algo que podría llamarse ambivalencia, doble vínculo, que podría llamarse rechazo y afecto simultáneos?</p> <p>. Posponer y evitar conflictos como consecuencia de la experiencia traumática.</p> <p>. Los grupos de apoyo mutuo o terapéuticos en situaciones traumáticas son especialmente proclives a dinámicas de cierre y falsa cohesión : Nosotros (las víctimas / supervivientes / afectados) frente a ellos (el resto del mundo). Nadie puede entender, solo entre nosotros nos podemos ayudar. Es necesario ofrecer elementos de cuestionamiento (dentro del respeto) a esta idea.</p>

Todos estos temas trabajados desde el grupo pueden requerir de un abordaje individual

complementario en aquellas personas en las que el grupo no logra el efecto de mejoría con el paso de las sesiones. Así, por ejemplo, la aparición de pesadillas o imágenes recurrentes intrusivas, que puede llegar a ser muy invalidante en los momentos en que aparece y requerir la valoración de algunas sesiones de exposición aparte del trabajo de grupo.

En la terapia de grupo de situaciones traumáticas es especialmente crítico mantener la tranquilidad y tener un rol de facilitación sin posicionarse (aunque en lo personal se pueda tener un posicionamiento muy claro). Por ejemplo, si el facilitador, en sesiones avanzadas de personas con una situación traumática crónica o repetida, va introduciendo el tema del hipotético doble vínculo con ese agresor continuado, es esencial hacerlo con una actitud que transmita normalización, análisis de la realidad sin juzgarla, descripción de hechos. Un inicio adecuado podría ser : “¿*Qué palabras podríamos usar para describir a nuestras parejas?*”. Y tras los plausibles adjetivos negativos, complementar : “¿*Y alguno positivo?*”. Y ver qué ocurre. Esto puede crear una atmósfera suficientemente neutra para que si existiese una identificación positiva con el agresor (que sería un hecho socialmente rechazado y por tanto inconfesable al grupo) pueda emerger. Una actitud descalificatoria del facilitador con su cara o su postura y una frase del tipo : “¿*Y a ningun@ de [vosotr@s](#) le ha ocurrido eso que cuentan a veces de sentir admiración por la persona que te golpea, no?*”, difícilmente permitirá a nadie expresar su dilema. Y quien lo haga puede tener una respuesta muy negativa del resto del grupo que puede descargar en ese miembro más valiente sus propios miedos y rabias contenidas.

En todos estos temas es útil hablar de la libertad personal, como el objetivo de trabajo de fondo. El objetivo del grupo no es lograr que nadie cambie lo que hace (actitud presionante), sino que sea más libre para decidir lo que quiere hacer (actitud respetuosa), siempre que eso no comporte un riesgo vital inmediato para la persona.

En los grupos de supervivientes se generan en ocasiones dinámicas especiales. Personas que reaccionan ante un comentario con silencios prolongados, con explosiones fuera de tono, levantándose y yéndose. Este tipo de situaciones no deben entenderse como agresiones al grupo o al terapeuta, sino dentro de la lógica expresada en la introducción : el grupo es un espacio en el que se reproducen vínculos sociales, en el que cada persona tiende a adoptar un rol. Si gran parte del daño tiene que ver con esos vínculos sociales, es de prever (y hasta de desear) que estas situaciones se den en el grupo. La persona puede identificar dentro del grupo situaciones similares a la de la vivencia traumática

L. acudía a un grupo de supervivientes de tortura. Su presencia era irregular. Solía llegar tarde, estaba callada, participaba poco. Las pocas veces en que lo hacía solía ser con gran agresividad y en varias ocasiones había insultado a otros miembros del grupo.

Durante la tortura lo que más le venía a la mente a L. era una sensación insoportable de humillación asociada a cuando uno de los torturadores la escupía una y otra vez en la cara. Ella pudo por fin contar que, no sabía por qué, pero determinadas frases, determinados tonos de voz y sobretodo determinadas intervenciones del facilitador le hacían meterse bruscamente en la misma vivencia de humillación y esto le resultaba completamente insoportable

Un tema especialmente delicado es el de la identificación grupal. En grupos prolongados de supervivientes puede generarse una situación de rechazo a los otros, los que agreden, los que no entienden, los que siguen viviendo como si tal cosa sin darse cuenta de lo horrible que es el mundo en que vivimos etc. Abordar este tema es complejo. Es necesario ofrecer elementos de cuestionamiento dentro del respeto a esta idea. Una posible

manera de trabajarlo (sólo en sesiones avanzadas) es debatiendo la idea de que el hecho traumático es un elemento de tal fuerza que hay entre ellos más elementos de similitud que de diferencia. Es decir, explorando las diferencias en términos de creencias, estilo de vida, prioridades, profesión... La idea es prevenir el peligro de cronificación que subyace a la idea de que el trauma pasa a constituirse como el nuevo núcleo identitario de la persona o al menos como algo de una importancia decisiva. Cuando una persona **se define** a sí misma desde una determinada experiencia (por horrible que haya sido), el grupo está teniendo efectos contraproducentes y creando una ilusión identificatoria que lleva a las personas a quedar atrapadas en esa autoimagen. Si el objetivo del grupo es, como decíamos, que las personas sean más libres, este tema debe abordarse en cuanto se detecte con sumo cuidado por cuanto el facilitador puede ser visto como parte de “los otros”.

8. Enfoque de grupo del duelo traumático.

El duelo traumático es un componente casi indisoluble del trauma en la mayoría de grupos. Suele ser necesario dedicarle un espacio prioritario. La tabla que sigue da algunas ideas y herramientas específicas en este sentido³²⁰.

Contenidos	Ejemplos de posibles dinámicas	Posible mensaje de cambio	Comentarios/tareas
Introducción. Presentaciones. El grupo como espacio privado. Lógica del proceso.	Línea de la vida: cada persona dibuja en un folio una línea con el trazo que desee que resuma su trayectoria vital hasta la fecha. La comparte después.	Iniciar una terapia de grupo supone ya una decisión y es una decisión valiente, porque supone enfrentar el miedo al dolor de la pérdida.	Se advierte de la posibilidad de, al inicio, sentirse peor como consecuencia de haber escuchado las diferentes experiencias de duelo de los otros.
-¿Por qué estamos aquí? ¿Es el duelo una enfermedad? - Sentimientos por los que se pasa en el duelo.	<i>Trabajo en grupos y puesta en común en pizarra.</i> <i>Visualización positiva (2')</i> antes de finalizar la sesión.	- El duelo no es una enfermedad. - Salir de la "tristeza" es un trabajo. Hay que buscarlo y caminar hacia ello. - Disminuir el dolor no significa olvidar sino integrar dentro de uno.	Los participantes señalarán el predominio de unas emociones u otras según las "tareas" que tengan pendientes, aplicando el esquema de Worden (ver volumen 2 de esta serie)
Estrategias empleadas hasta ahora para superar los momentos de más dolor.	<i>Trabajo por parejas</i> sobre las cosas que ayudaron o no a sentirse mejor. Cada uno comparte al grupo después lo que el otro le ha contado y lo comenta si quiere. Puesta en común en pizarra.	-Importancia en el duelo de poder salir de uno mismo e interesarse y colocarse en el lugar del otro. - Importancia de establecer relaciones de apoyo y ayuda. - Cada uno debe encontrar las cosas que le mejoran o empeoran: cada caso es diferente (por ejemplo tener o no una foto grande en la pared tiene consecuencias muy distintas en cada cual).	Algunos personas pueden ser incapaces de recordar lo que ha comentado un compañero (vuelven a narrar su propia experiencia). Indica que deben darse como tarea con su familia el escuchar a otros y centrarse en lo que dicen. Es bastante generalizada la tendencia a centrarse en aspectos negativos (qué hace sentir peor) y la dificultad para exponer los aspectos positivos (qué hace sentir mejor).
Preparación de fechas especiales (vacaciones, aniversarios, Navidad) - Qué esperan nuestros familiares de nosotros. ¿Hay que cumplir sus expectativas? - Otras veces ¿qué nos hizo sentir bien, qué nos hizo estar mal?	<i>Trabajo en grupos y puesta en común</i>	Se puede anticipar las situaciones difíciles. Es importante decidir por nosotros y no por presión y exponer a los demás lo que quisiéramos.	Pueden salir ideas como que "los demás se hartan de nosotros" o de ser "aguafiestas". Se discuten estrategias.
Culpa, rabia, pena e impotencia: ¿tiene sentido buscar sentido?	<i>Puede trabajarse con todo el grupo</i> apuntando el facilitador en una pizarra o papel grande	- Culpar a los demás no devuelve al fallecido ni reduce el dolor, de hecho mas bien al	Pueden darse situaciones de llamada de atención o que varias personas entren en

<p>Recapitulación de cosas positivas y negativas del grupo hasta el momento.</p> <p>Compromisos.</p>	<p>las contribuciones de cada cual. Intentar definir colectivamente Pena, Impotencia, Rabia y Culpa. Diferencias. ¿Nos ocurre algo de esto a nosotros? ¿Qué diría de este sentimiento el familiar fallecido si pudiera estar aquí y nos estuviera escuchando?</p>	<p>contrario</p> <p>- Cuando tenemos rabia, golpear una almohada no sólo no calma, sino que provoca más excitación. Igual puede ocurrir cuando "golpeamos" a los demás o buscamos a alguien que pague por la muerte.</p> <p>- Escuchar la voz del fallecido y sus argumentos cuando la culpa nos duela puede ayudarnos a ser más justos y objetivos.</p> <p>- Tras un por qué (¿Por qué se suicidó? ¿por qué no dijo nada? ¿por qué no le llevé a un médico?) siempre hay otro por qué. Es una búsqueda casi siempre imposible y basada más en suposiciones y conjeturas que realidades. No hay respuesta, no puede haber alivio.</p>	<p><i>competición de síntomas</i> o que hagan comentarios sobre la posibilidad de suicidio irrevocable que deben ser manejadas con energía y tacto</p>
<p>Sueños relacionados con el fallecido</p> <p>Impacto del duelo en las relaciones interpersonales (I).</p>	<p>Sueños agradables y angustiantes. Sueños repetitivos. ¿Qué nos dicen de nosotros mismos y de nuestra relación con el fallecido?</p>	<p>- Mensajes que pudiera querer transmitir el fallecido</p> <p>- "Ser feliz o mostrarse alegre ¿es una traición al fallecido? ¿Qué querría él?."</p>	
<p>Impacto del duelo en las relaciones personales (II).</p> <p>Estrategias que nos sirven para sentirnos mejor.</p> <p>Actos simbólicos "en nombre del fallecido" (fotos, mantener la habitación, ir al cementerio).</p> <p>Uso de su imagen en homenajes, monumentos u otros actos simbólicos</p>	<p>¿Cómo nos afecta?</p> <p>¿Qué pensamos del uso de su imagen? ¿Resulta agradable ver su nombre o su foto en un monumento o un memorial o nos resulta una violación del derecho a la intimidad?</p> <p>Formas positivas y negativas de "homenaje" para cada uno</p>	<p>Salir por los demás (ej: "para no martirizar a la familia") ayuda a uno mismo.</p>	<p>En grupos muy cohesionados puede dar vergüenza o culpa experimentar mejoría. Es difícil, a veces, que alguien quiera reconocer que ha mejorado.</p>
<p>Ambivalencia de las emociones:</p> <p>¿todo lo que hacía el fallecido estaba bien hecho?</p> <p>Culpa por admitir los aspectos negativos del fallecido.</p>	<p>Recuerdo estructurado del fallecido a través de fotos, cartas etc. Aspectos que deseamos recordar y otros de los que nos gustaría acordarnos quizás menos.</p>	<p>Recuperar el recuerdo del fallecido como una persona normal, con sus defectos, puede ayudarnos a retomar nosotros funciones que él cumplía antes.</p>	
<p>Por qué otros familiares parece que no están tan afectados como nosotros: qué hacen, cómo reaccionaron, cómo viven ahora. Aprender de la experiencia de otros</p>	<p><i>Escribir</i> sobre una persona que crean que lo ha superado mejor y por qué.</p>	<p>Tener cosas que hacer, encargarse de otros (hijos, nietos)</p> <p>Crear un ambiente agradable para los demás y centrarse en el presente.</p>	<p>Marcada dificultad para hablar de lo positivo de las personas próximas: en vez de eso, los miembros del grupo tienden a centrarse recurrentemente en hablar de lo negativo propio.</p>
<p>Expresar las emociones pendientes</p>	<p>Actos simbólicos de conexión con el otro a través de objetos de vinculación u otros. Uso de música, fuego u otros elementos simbólicos relevantes</p>		
<p>Técnicas para manejar los pensamientos en círculo. ¿qué hacer? (posible pérdida de otro familiar, imágenes dolorosas que no se quitan de la cabeza)</p>	<p><i>Enfoque psicoeducativo.</i> El coordinador explica algunas técnicas .</p>	<p>No somos víctimas pasivas de nuestros pensamientos: podemos enfrentarlos.</p>	
<p>Reorganizar las cosas tras la muerte del fallecido.</p>	<p><i>Reflexión individual o en parejas</i> : cosas que no se</p>	<p>- Es bueno desprenderse de algunos objetos del fallecido</p>	<p>- Pedir a otros que nos ayuden a regalar o tirar algunas cosas.</p>

	hacen ahora y antes de la muerte se hacían; cosas que en cambio se siguen haciendo.	(ropa, habitación...). - Es bueno atreverse con las tareas que el otro llevaba a cabo. - Intentar hacer cosas que abandonamos después del fallecimiento del ser querido.	¿Qué y cuantas cosas queremos tener a la vista?
¿Por qué no hay mayor mejoría? Cosas que quizás bloquean: buscar culpables, no aceptar la muerte como real, recordatorios constantes	Compromiso con el resto del grupo a hacer cosas que no estamos haciendo y que podríamos intentar volver a hacer.	El duelo como <i>tarea</i> activa a asumir, no como proceso pasivo que transcurre. Renovar el compromiso.	
Atreverse, por fin, a "mirar al dolor".	Ejercicio de visualización (cerrar los ojos e imaginar a la persona fallecida). Escribir una carta al fallecido (o pensarla / dictarla los que no saben escribir) que no tiene por qué compartirse con el resto del grupo: cosas que nunca te dije, cosas de tí que permanecen, cómo estoy ahora. Cómo quisiera estar.	Modelado de exposición controlada que puede mantenerse en casa. Buscar tiempos para pensar para dejar los otros con menos pensamientos en círculo	Salen aspectos muy defintorios de la relación que cada uno mantenía con la persona fallecida cerrándose algunos aspectos. Recordar la finalización del grupo con al menos dos o tres sesiones de antelación.
Actividades de final de grupo. Evaluación. Devolución de los coordinadores al grupo.	- Prevención de las dificultades en el camino - Tareas que quedan a cada cual (en opinión de cada cual, no del facilitador). - Evaluación individual del proceso. - Posible entrega de un pequeño documento con frases e ideas sacadas de sus propias palabras a lo largo de las sesiones, que les quede como material de consulta.	Se cierra una tarea del grupo, se abre una tarea individual. Continuidad del proceso.	Actualización del duelo ante una nueva separación y riesgo de empeoramiento temporal.

9. La necesidad de evaluar los grupos

Es necesario prever desde el inicio el proceso de evaluación del grupo, seleccionando cual va a ser la metodología. El beneficio de un grupo no puede medirse solo en términos de reducción o no de síntomas. Hay otros elementos intangibles o que tienen que ver con otras esferas de la persona que son también muy relevantes. La reducción de síntomas puede ser un logro a largo término.

Elementos posibles :

- a) Indicadores de consecución de los objetivos.

Medidas del problema que sean sensibles al cambio. Por ejemplo, un cuestionario sobre el estado emocional, una línea con dibujos de expresiones faciales en las que marca el punto en que se encuentra la persona, un cuestionario de cohesión comunitaria etc.

- b) Indicadores de proceso.

De las personas que iniciaron el camino ¿cuántas lo finalizaron? ¿Cuántos abandonaron o dejaron de acudir? ¿Se sabe las razones por las que abandonaron?

De las sesiones de trabajo inicialmente previstas ¿cuántas se han realizado? ¿Cuáles han sido las razones por las que se han hecho más / menos sesiones? ¿Indica esto algo sobre el trabajo del grupo?

c) Indicadores de satisfacción

Nivel en que el trabajo de grupo cumplió las expectativas de las personas participantes. Puede medirse a través de algún cuestionario o entrevista semiestructurada o a través de alguna dinámica (p.e. escribir una carta a alguien contándole cómo fue el grupo)

d) Indicadores de mejora subjetiva

Cambios en las emociones, en actitudes o en habilidades que las personas que participaron han percibido en sí o en los otros. A través de algún cuestionario o entrevista semi estructurada, de opiniones externas (familia, terapeuta habitual...) o, en casos muy especiales, de algún sistema de registro estandarizado realizado dentro del grupo por un co-terapeuta.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Semprún J. (1990) *La escritura o la vida*. Tusquets Editores. Barcelona.
- ² Antelme R (2001). *La especie humana*. Libros del último hombre. Arena libros. Madrid (original de 1947)
- ³ Berler W (2001). *Supervivientes del infierno*. Planeta. Barcelona
- ⁴ Primo Levi. (2000) *Los hundidos y los salvados*. Muchnik editores. Colección Personalía. [Original de 1986].
- ⁵ Levi P. (1988). *Si esto es un hombre*. El Aleph editores. Barcelona (original de 1945)
- ⁶ Levi P. (1988). *La tregua*. El Aleph editores. Barcelona (original de 1963)
- ⁷ Frankl V. *El hombre en busca de sentido*. Ed Herder. 1996 (Más de 20 reediciones) [Original de 1946].
- ⁸ Amery., J. (2001) , *Más allá de la culpa y la expiación. Tentativas de superación de una víctima de la violencia* (original de 1974). Ed Pre-Textos. Valencia.
- ⁹ Rithy P. (2003). *La machine Khmère Rouge*. Flammarion. Paris
- ¹⁰ Hachiya M. *Diario de Hiroshima de un médico japonés (5 de agosto – 30 de septiembre de 1945)*. Ed Turner. Madrid. 2005 (original publicado en 1955)
- ¹¹ Munyandamutsa N. *Questions du sens et des repères dans le traumatisme psychique. Réflexions autour de l'observation clinique d'enfants et d'adolescents survivants du génocide rwandais de 1994*. Editions Medicine & Hygiène. Ginebra.
- ¹² Bagilishya D. (2000), *Mourning and Recovery from Trauma: In Rwanda tears flow from within*. Transcultural Psychiatry 37(3) 337-353
- ¹³ Abramovitz S.A. (2005) *The poor have become rich and the rich have become poor: collective trauma in the Guinean Languette*. Social Science and Medicine 61:2106-2118.
- ¹⁴ Leskin G.A., Kaloupek G, Keane T.M. (1998) *Treatment for traumatic memories: Review and recommendations*. Clinical Psychology Review 18:8 983-1002.
- ¹⁵ Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995) *Posttraumatic Stress disorder in the National Comorbidity Survey*. Archives of General Psychiatry 52, 1048-1060.
- ¹⁶ 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.
- ¹⁷ Heltzer JE, Robins LN, McEvoy I. (1987) *Posttraumatic stress disorder in the general population*. New England Journal of Medicine. 317:1630-4
- ¹⁸ Karam E.G. Noujeim JC, Saliba SE, Chami AH, Rached SA. (1996) *PTSD: How frequently should the symptoms occur?. The effect on epidemiologic research*. J. Traumatic Stress 9:4 899-905
- ¹⁹ 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.
- ²⁰ 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
- ²¹ Solomon SD & Green BL. (1992) *Mental health effects of natural and human made disasters*. PTSD Quarterly 3:1-7
- ²² 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
- ²³ Green B.L., Grace MC, Vary MG, Kramer TL, Gleser GC, Leonard AC. (1994) *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 33, 71-79
- ²⁴ Freedman SA, Brandes D, Pen T, Shalev A (1999). *Predictors of chronic post-traumatic stress disorder: a prospective study*. British J. Psychiatry. 174, 353-9
- ²⁵ Roca RP, Spence RJ, Munster AM. (1992) *Posttraumatic adaptation and distress among adult burn survivors*. Am. J. Psychiatry 149:1234-1238.
- ²⁶ Pérez-Jimenez JP, Graell M, Pérez-Sales P, Santodomingo J. (1993) *Severe Burn Injuries and PTSD*. Am. J. Psychiatry 150:8, 1276.
- ²⁷ Green B.L. (1994) *Psychosocial Research in Traumatic Stress: an update*. Journal of Traumatic Stress (7:3 341-61.
- ²⁸ Spitzer R (1998). *Diagnosis and need for treatment are not the same*. Archives of General Psychiatry 55, 120.

-
- ²⁹ Van der Kolk B, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J. (2005) Disorders of Extreme Stress : The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 18:5 389-399.
- ³⁰ Herman J. (1992). Complex PTSD : a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress* 5(3) 377-391.
- ³¹ Ford J., Courtois CA, Steele K, Van der Hart O, Nijenhuis ERS (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress* 18(5) 437-47.
- ³² Williams MB. (2002) *The PTSD Workbook*. Simple, effective techniques for overcoming traumatic stress symptoms. New Harbinger.
- ³³ Saporta JA, Van der Kolk B.A. (1992) *Psychobiological consequences of severe trauma*. En Basoglu (Ed) *Torture and its consequences*. Cambridge University Press. pp 151-171.
- ³⁴ 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.
- ³⁵ Seligman MEP (1991). *Indefensión*. Ed Debate. Madrid.
- ³⁶ Shin LM, Shin PS, Heckers S, Krangel TS, Macklin ML, Orr SP, Lasko N, Segal E, Makris N, Richert K, Levering J, Schacter DL, Alpert NM, Fischman AJ, Pitman RK, Rauch SL. (2004) *Hippocampal function in posttraumatic stress disorder*. *Hippocampus*. 4;14(3):292-300.
- ³⁷ Nijenhuis ER. Comunicación personal.
- ³⁸ Elzinga BM, Schmahl CG, Vermetten E, van Dyck R and Bremner JD. (2003) *Higher Cortisol Levels Following Exposure to Traumatic Reminders in Abuse-Related PTSD*. *Neuropsychopharmacology* 28, 1656-1665
- ³⁹ Young EA and Breslau N. (2001) *Cortisol and Catecholamines in Posttraumatic Stress Disorder: an epidemiologic community study*. *Archives of General Psychiatry* 61 (4); 394-401
- ⁴⁰ Vaiva G, Ducrocq F, Jezequel K, Averland B, Lestavel P, Brunet A, Marmar CR. (2003) *Immediate treatment with propranolol decreases posttraumatic stress disorder two months after trauma*. *Biol Psychiatry*. Nov 1;54(9):947-9.
- ⁴¹ Miller G. (2004) *Forgetting and remembering. Learning to forget.*. *Science*. Apr 2;304(5667):34-6.
- ⁴² Giles J.(2005) *Beta-blockers tackle memories of horror*. *Nature* Jul 28;436(7050):448-9.
- ⁴³ Brewin CR, McNally RJ. (2004) *Point-Counterpoint: Two Views On Traumatic Memories And Posttraumatic Stress Disorder*. *Journal of Cognitive Psychotherapy*.18, 99-114.
- ⁴⁴ Weiss DS, Marmar CR. (1993) *Teaching time-linked dynamic psychotherapy fopr posttraumatic stress disorder and pathological grief*. *Psychotherapy* 30, 587-91.
- ⁴⁵ Horowitz MJ. (1986) *Stress Response Syndromes* (Second edition). Aronson Inc. Northvale (USA).
- ⁴⁶ Miller A. (1991) *La llave perdida*. Tusquets editores. Col. Ensayo. Barcelona
- ⁴⁷ Horowitz MJ. (1976) *States of Mind*. Aronson. Northvale (USA).
- ⁴⁸ Allen J (2001) *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester. UK. Wiley
- ⁴⁹ Pearlman L, Courtois C.A. (2005) *Clinical applications of the attachment framework: relational treatment of complex trauma*. *Journal of Traumatic Stress*. 18 (5) 449-59
- ⁵⁰ Bowlby J (1969). *Attachment and Loss. Vol I attachment*. New York. Basic Books. (Ed española: El apego y la pérdida. (1988) Ed Paidós.
- ⁵¹ Barudy J (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Paidós. Buenos Aires.
- ⁵² Van der Hart O, Nijenhuis ER, Steele K. *Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder*. *J Trauma Stress*. Oct;18(5):413-23.
- ⁵³ Nijenhuis ERS, Van der Hart O, Steele K. (2002). *The emerging psychobiology of trauma-related dissociation and dissociative disorders*. En. *Textbook of biological psychiatry*. Wiley. New York.
- ⁵⁴ Foa EB, Rothbaum BO, Molnar C. (1995) *Cognitive-Behavioral therapy of post-traumatic stress disorder*. En M.J. Friedman, DS Charney, AY Deutch 8ed) *Neurobiological and clinical consequences of stress. From normal adaptation to post-traumatic stress disorder*. Philadelphia. Raven publish.
- ⁵⁵ McFarlane AC. (1988) *The aetiology of posttraumatic stress disorders following a natural disaster*. *British J. Psychiatry* 152, 116-121.
- ⁵⁶ Scott J.M. & Stradling S.G. (1992) *Counselling for Post-Traumatic Stress Disorder*. Sage Publications. Londres. 1992.
- ⁵⁷ Janoff-Bulman R (1992). *Shattered asumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York. Free Press.

-
- ⁵⁸ Magwaza, A. (1999). *Assumptive world of traumatized South African adults* J Soc Psychol Oct; 139 (5) : 622-630.
- ⁵⁹ Franklin KM, Janoff-Bulman R, Roberts JE (1990) *Long-term impact of parental divorce on optimism and trust: changes in general assumptions or narrow beliefs?*. J Pers Soc Psychol Oct;59(4):743-755
- ⁶⁰ Brewin C.R., Dalgleish T, Joseph S (1996) *A dual representation theory of post-traumatic stress disorder*. Psychological review (103) 670-88
- ⁶¹ Epstein S (1989). *Post-traumatic stress disorder: a review of diagnostic and treatment issues*. Psychiatric Annals 19:10 556-563
- ⁶² McCann IL, Pearlman LA (1990). *Psychological trauma and the adult survivor*. New York. Bruner Mazel
- ⁶³ Livanou M, Basoglu M, Marks I, De Silva P et al (2002). *Beliefs, sense of control and treatment outcome in posttraumatic stress disorder*. Psychological Medicine 32 (1) 156-165
- ⁶⁴ Catlin G, Epstein S (1992). *Unforgettable experiences: the relation of live events to basic beliefs about self and the world*. Social cognition. 10(2) 189-209
- ⁶⁵ Meichenbaum D. (1994) *Treating post-traumatic stress disorder. A handbook and practice manual for therapy*. Wiley and Sons.
- ⁶⁶ Matsumoto D. (1996) *Culture and Psychology*. Brooks/Cole. New York.
- ⁶⁷ Inglehart, Basáñez, Diez-Medrano, Halman Luijkx (2004). *Human Values Survey. A crosscultural sourcebook based on the 1999-2002 values survey*. Sg XXI Editores.
- ⁶⁸ Marloes de Jong. (2001) *World Assumptions and Tibetan Buddhist Psychology. Trauma as a Shattering of Assumptions*. Tesis Doctoral No publicada.
- ⁶⁹ Kagitçibasi Ç. Berry J.W (1989). *Cross-cultural psychology: current research and trends*. Ann. Review Psychology 40:493-531.
- ⁷⁰ Triandis HC, McCusker C. et al. (1993) *An etic-emic analysis of individualism and collectivism*. J. Cross-Cultural Psychology 24:3 366-383.
- ⁷¹ Goffman E. (2001). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu editores. Barcelona. (original de 1967)
- ⁷² Goffman E. (2000). *Sociologías de la situación*. Ediciones de la Piqueta.
- ⁷³ Vander Zanden J.W. (1986) *Manual de Psicología Social*. Ed Paidós. Barcelona Pp 621
- ⁷⁴ Viñar M. (1987) *Fracturas de la memoria*. Ed Trilce. Montevideo
- ⁷⁵ Barudy J. (1989) *A programme of mental health for political refugees: dealing with the invisible pain of political exile*. Social, Science and Medicine 28(/) 715-727
- ⁷⁶ Ayestarán S et al. (1987). *Representación social, procesos cognitivos y desarrollo de la cognición social*. En Páez et al. Pensamiento, individuo y sociedad. Ed Fundamentos.
- ⁷⁷ Steinberg P (1999). *Cronicas del Mundo Oscuro*. Ed Montesinos. Barcelona.
- ⁷⁸ Arriero G. (2003). *Estudios y diálogos sobre la identidad personal. Reflexiones sobre la experiencia humana*. Amorrortu editores.
- ⁷⁹ Reviere, S. L., & Bakeman, R. (2001). *The effects of early trauma on autobiographical memory and schematic self representation*. Applied Cognitive Psychology, 15, 89–100.
- ⁸⁰ Brewin C. (2000). *A crisis of identity*. En Brewin C. Post-traumatic Stress Disorder: malady or myth?. Yale University Press.
- ⁸¹ Berntsen D, Rubin D (2006) *The centrality of event scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms*. Behaviour Research and Therapy 44 219–231
- ⁸² Lira E. *Psicología de la amenaza política y el miedo*. ILAS: Ed Chileamerica. CESOC. Santiago de Chile.
- ⁸³ Sichrovsky P. (1987) *Nacidos culpables: hijos de familias nazis. Testimonios*. Ed Samara. Mexico
- ⁸⁴ Lipton MI (1994). *Posttraumatic Stress Disorder: additional perspectives*. Springfield, ILL. Charles C. Thomas Publishers.
- ⁸⁵ Oliver, J.E. (1993) *Intergenerational transmission of child abuse: Rates, research, and clinical implications*. American Journal of Psychiatry, 150, 1315-1325.
- ⁸⁶ Kaufman, J. & Zigler, E. (1987). *Do abused children become abusive parents?* American Journal of Orthopsychiatry, 57, 186-192
- ⁸⁷ Mollica R, McInnes K, Poole C and Tor S. (1998) *Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence*. Journal of Psychiatry 173, 482-488.

-
- ⁸⁸ Tomb DA. (1994) *The phenomenology of post-traumatic stress disorder*. The Psychiatric Clinics of North America. 17(2):237-50.
- ⁸⁹ Pennebaker J. (1998). *El arte de confiar en los demás*. Alianza Editorial. Colección libro de bolsillo.
- ⁹⁰ Pérez Sales P. (1995) *Negación*. Folia Neuropsiquiátrica. 30:195-211
- ⁹¹ Pérez Sales P, Bacic R, Durán T. (1999) *Muerte y desaparición forzada en la Araucanía: una perspectiva étnica*. Ed UCT/Lom. Santiago de Chile. (descargable en <http://www.derechos.net/psicosocial>)
- ⁹² Robinson R.C. Mitchell J.T. (1993) *Evaluation of Psychological Debriefings*. Journal of Traumatic Stress, Vol 6, No. 3, 367-383 (1993)
- ⁹³ Bisson Jonatan I., Jenkins P.L., Bannister J., Bannister C. (1997) *Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma*. British Journal of Psychiatry. 171, 78-81.
- ⁹⁴ Everly G.S., Flannery R.B., Mitchell J.T. (2000) *Critical Incident Stress Management (CISM): a review of the literature*. Agresion and Violent Behaviour 5:1, 23-40
- ⁹⁵ Van Emmerik, A, Kamphuis, JH, Hulsbosch, AM, Emmelkamp PMG. (2002) *Single session debriefing after psychological trauma: a metaanalysis*. The Lancet. 360: 766-71
- ⁹⁶ Stein D.J. (1998) *Psychiatric aspects of the Truth and Reconciliation Commission in South Africa*. British J. Psychiatry 173, 455-7.
- ⁹⁷ Nolen-Hoeksema S, Morrow J.(1991) *A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake*. J. Personality and Social Psychology 61:1, 115-121.
- ⁹⁸ Van der Kolk B.A. (1989) *The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization and masochism*. Psychiatric Clinics of North America 12:2 389-411.
- ⁹⁹ Martín-Baró I. (1990) *Psicología social de la guerra : trauma y terapia*. UCA editores. El Salvador
- ¹⁰⁰ Voutira E, Benoist J, Piquard B. (2000) *La antropología en la ayuda humanitaria*. Universidad de Deusto. Bilbao. pg 58-60.
- ¹⁰¹ Bar-On D (1997). *The indescribable and the indiscussable. Reconstructing human discourse after trauma*. Budapest Central European University Press.
- ¹⁰² Lebowitz L, Roth S. (1994) *"I feel like a slut" : the cultural context and women's response to being raped*. Journal of Traumatic Stress 7, 366-90.
- ¹⁰³ Arzu S & Cortina L.M. (2002) *Coping in context : sociocultural determinants of responses to sexual harassment*. J. Pers Soc Psychol 83 (2) 394-405
- ¹⁰⁴ Instituto Nacional de Jubilados y Pensionados (1995). *Informe sobre la situación de los Veteranos de las Malvinas*. Buenos Aires. Argentina.
- ¹⁰⁵ Lira, E. Castillo, MI. (1991) *Psicología de la amenaza política y del miedo*. ILAS. Ed Chileamérica .CESOC. Santiago de Chile.
- ¹⁰⁶ Pérez-Sales P. Durán T, Bacic R. (2000) *Long term psychosocial consequences in first-degree relatives of people detained-disappeared or executed for political reasons in Chile: a study on mapuce and non mapuce persons*. Psicothema Vol 12. Suppl. Pp 109-116.
- ¹⁰⁷ Gavalya, A. (1987). *Reactions to the 1985 Mexican earthquake: case vignettes*. Hosp Community Psychiatry Dec 38(12):1327-1330.
- ¹⁰⁸ VV.AA. (1997) *Aquí nos quedaremos : testimonios de la Coordinadora Unica de Damnificados*. Universidad Iberoamericana. Mexico DF.
- ¹⁰⁹ Saavedra M.R (1996) *Desastre y Riesgo. Actores sociales en la reconstrucción de Armero y Chinchiná*. CINEP. Santa Fé de Bogotá.
- ¹¹⁰ Anderson MB, Woodrow PJ (1998). *Rising from the ashes:development strategies in times of disaster*. Lyenner Riener Publishing. USA
- ¹¹¹ Zimmerman M.A., Ramirez-Valles J, Maton K.L. (1999) *Resilience among urban African American male adolescents : a study of the protective effects of socio-political control on their mental health*. Am. J. Community Psychol 27 (6) 733-51
- ¹¹² Solomon Z, Benbenishty R (1986). *The role of proximity, immediacy and expectancy in frontline treatment of combat stress reactions among Israelis in the Lebanon War*. American J. Psychiatry, 143, 613-617.
- ¹¹³ Silove, D., I. Sinnerbrink , et al. (1997). *Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors*. Br J Psychiatry. 170: 351-357.
- ¹¹⁴ Silove, D., Steel, Z et al. (2000). *Policies of Deterrence and the Mental Health of Asylum Seekers*. JAMA. 284 : 604-611

-
- ¹¹⁵ Gorst-Unsworth, C. and E. Goldenberg (1998). *Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared with social factors in exile*. Br. J. Psychiatry 172: 90-94.
- ¹¹⁶ Qouta, S., Punamäki, R.L. & El Sarraj, E. (1995). *The impact of the peace treaty on psychological well-being. A follow-up study of Palestinian children*. Child, Abuse & Neglect, 19, 1197-1208.
- ¹¹⁷ McNally R.J. English G.E., Lipke H.J. (1993). *Assessment of intrusive cognition in PTSD*. Journal of Traumatic Stress 6, 33-42.
- ¹¹⁸ Taylor GJ (1993). *Clinical application of a dysregulation model of illness and disease*. International J. of Psychoanalysis. 74:583-595
- ¹¹⁹ Peñacoba C, Moreno B. *El concepto de Personalidad Resistente*. Boletín de Psicología (1998) 58:61-96.
- ¹²⁰ Frankl V. *El hombre en busca de sentido*. Ed. Herder. Barcelona. 1978
- ¹²¹ Rotter (1966). *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. Psychological Monographs. 80:609
- ¹²² Mischel W (1968). *Personality assessment*. Wiley. New York.
- ¹²³ Antonovsky A. (1979). *Health, stress and coping*. Jossey Bass. San Francisco.
- ¹²⁴ McCubbin, Thomson, Thompson Fromer (1998). *Stress, coping and health in families. Sense of coherence and resiliency*. Sage Publications. Londres.
- ¹²⁵ Reszcynski K, Rojas P y Barceló P. (1991) *Tortura y Resistencia en Chile*. Ed. Emisión. Chile.
- ¹²⁶ Rosencof M, Fernández E. (1997) *Memorias del calabozo*. Txalaparta. Bilbao. 1997.
- ¹²⁷ Hicling E.J., Blanchard E.B., Buckley T.C., Taylor A.E. (1999) *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 12:2 345-53.
- ¹²⁸ Lyubomirsky (2001). *Why are some people happier than others?. The role of cognitive and motivational processes in well-being*. American Psychologist 56(3):239-49,
- ¹²⁹ Tedeschi R.G., Calhoun LG. (1996) *The posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of Trauma*. Journal of Traumatic Stress 9:3 455-471.
- ¹³⁰ Martín-Beristain C, Riera F. (1996) *Afirmación y resistencia. La comunidad como apoyo*. Ed Virus. Barcelona
- ¹³¹ Agamben G. (2000) *Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo*. Ed Pre-textos. Valencia.
- ¹³² VVAA. (1989) *Todo es según el dolor con que se mira*. ILAS. Santiago de Chile
- ¹³³ Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Unidad de Salud Mental. Plan de Reparación y Atención Integral (PRAIS) (2000). *Norma técnica para la atención de personas afectadas por la represión política*. Santiago de Chile.
- ¹³⁴ Hassan J. (2003). *A house next door to trauma. Learning from Holocaust survivors how to respond to atrocity*. Athenaeum Press. Londres.
- ¹³⁵ Pérez-Sales P. (2003) *Psicología y psiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción*. Ed Desclee de Brower. Bilbao.
- ¹³⁶ Cienfuegos AJ, Morelli C (1983). *The testimony of political repression as a therapeutic instrument*. Am. J. Orthopsychiatry 53, 43-51.
- ¹³⁷ Weinstein E, Lira E, Rojas ME et al (1987). *Trauma, duelo y reparación : una experiencia de trabajo psicosocial en Chile*. FASIC/Interamericana. Santiago de Chile.
- ¹³⁸ Agger I, Jensen SB (1990). *Testimony as ritual and evidence in psychotherapy for political refugees*. Journal of Traumatic Stress. 3, 115-130.
- ¹³⁹ Meerloo, J.A.M., *Pánico : cómo evitarlo*. 1996, Buenos Aires.: Lumen-Hormé.
- ¹⁴⁰ Asociación Pro-Búsqueda. (2001) *El día más esperado*. UCA Editores. El Salvador.
- ¹⁴¹ Abuelas de Plaza de Mayo (1997). *Restitución de niños*. EUDEBA. Buenos Aires.
- ¹⁴² Vinyes R, Armengou M, Belis R. (2002) *Los niños perdidos del franquismo*. De Bolsillo. Barcelona.
- ¹⁴³ Bettelheim, B.(1986) *El corazón informado : estudio de las consecuencias psicológicas de vivir bajo el horror extremo*. (original de 1953), Ed Herder. Barcelona:
- ¹⁴⁴ Imre Kertész. *Yo, otro: crónica del cambio*. El Acantilado, 2002. Barcelona:
- ¹⁴⁵ Eisenbruch, M., (1991) *From Post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: diagnosis of southeast asian refugees*. Soc. Sci Med. 33(6): p. 673-80.
- ¹⁴⁶ Eisenbruch, M., (1990). *Cultural bereavement and homesickness*. En S. Fisher and C. Cooper (ed) *On the move: The psychology of change and transition*., John Wiley and Sons. p. 191-205.

-
- ¹⁴⁷ Jones, L. (1998) *The question of political neutrality when doing psychosocial work with survivors of political violence. International Review of Psychiatry*, 10: p. 239-247.
- ¹⁴⁸ Becker, D., et al. (1990) *Psicopatología y proceso psicoterapéutico de situaciones políticas traumáticas*, En Martín Baró I (ed) *Psicología Social de la Guerra: Trauma y Terapia*, El Salvador. p. 285-300.
- ¹⁴⁹ Calhoun LG & Tesdeschi.RG (1999). *Facilitating Post-Traumatic Growth*. Lawrence Erlbaum Associates.
- ¹⁵⁰ Avia MD, Vazquez C. (1998). *Optimismo inteligente*. Alianza Editorial. Madrid
- ¹⁵¹ Wortman C y Silver RC (1989). *The myths of coping with loss*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 57, 349-357
- ¹⁵² Bentsen H et al. (1998). *Guilt proneness and expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses*. Br. J. Med. Psychol 71 (2) 125-38.
- ¹⁵³ Tomkins, S. (1963). *Affect, imagery, consciousness: The negative affects* Vol.1. New York: Springer.
- ¹⁵⁴ Griffiths, P. E. (1989). *The Degeneration of the Cognitive Theory of Emotion*. Philosophical Psychology, 2 (3), 297-313.
- ¹⁵⁵ Darwin, C. (1872). *The Expressions of Emotions in Man & Animals* (1st ed.). New York: Philosophical Library.
- ¹⁵⁶ Ekman, P. (1999). *Basic Emotions*. In T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion* (pp. 45-60). Chichester: John Wiley and Sons Co.
- ¹⁵⁷ Tomkins, S. (1963). *Affect, imagery, consciousness: The negative affects* Vol.2. New York: Springer.
- ¹⁵⁸ Lewis, H. (1971) *Shame and Guilt in Neurosis*. New York: International Universities Press.
- ¹⁵⁹ Nathanson D.L. (1994). *Shame and Pride: Affect, Sex, and the Birth of the Self*. New York. W.W. Norton & Company
- ¹⁶⁰ Pérez-Sales P. (2003) *Psicología y psiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción*. Desclee de Brower. Bilbao.
- ¹⁶¹ Leff J. (1988). *Psychiatry around the globe. A transcultural view*. Londres: Gaskell
- ¹⁶² Lewis M (1992). *Shame. The exposed self*. New York. Free Press
- ¹⁶³ Goffman E. (1956) *Embarrassment and Social Organization*. American Journal of Sociology. 62 (3) 264-271
- ¹⁶⁴ Edelmann R.J. (1987) *The psychology of embarrassment* . Wiley and Sons. Chichester. England.
- ¹⁶⁵ Hoffman M.L. (1994). *Discipline and internalization*. Developmental psychology. 30 (1) 26-28
- ¹⁶⁶ Eisenberg N (2000). *Emotion, regulation and moral development*. Ann. Rev. Psychol. 51 :665-697
- ¹⁶⁷ Laible, DJ & Thompson, RA (1998). *Attachment and emotional understanding in preschool children*. Developmental Psychology, 34, 1038-1045.
- ¹⁶⁸ Kochanska G, Murray K, Jacques TY, Koenig AL, Vandergeest K (1996). *Inhibitory control in young children and its role in emerging internalization*. Child Dev. 67: 490-507
- ¹⁶⁹ Zahn-Waxler C, Kochanska G, Krupnick J, McKnew D (1990) *Patterns of guilt in children of depressed and well mothers*. Dev Psychol 26: 51-59
- ¹⁷⁰ Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). *Nature-nurture reconceptualized: A bio-ecological model*. Psychological Review, 101(4), 568-586.
- ¹⁷¹ Hernangómez L (2003). *Variables de influencia temprana en la génesis del optimismo*. Comunicación personal.
- ¹⁷² Lutwak N, Ferrari JR. (1997) *Understanding shame in adults : retrospective perceptions of parental-bonding during childhood*. J. Nerv Mental Dis 185 (10) 595-8
- ¹⁷³ Ferguson T.J., Stegge H (1995) *Emotional states and traits in children : the case of guilt and shame*. En Tangney J.P., Fischer K.W (ed). *Self-conscious emotions. The psychology of shame, guilt embarrassment and pride*. Guilford Press. New York.
- ¹⁷⁴ Dutton DG, van Ginkel C, Starzomski A. (1995) *The role of shame and guilt in the intergenerational transmission of abusiveness*. Violence Vict 10 (2) 121-31
- ¹⁷⁵ Freud S. (1973). *Inhibición, síntoma y angustia*. Amorrortu Editores. (Original de 1925)
- ¹⁷⁶ Castilla del Pino C (1966). *Un estudio sobre la depresión. Fundamentos de antropología dialéctica*. Ed. Península. Madrid.
- ¹⁷⁷ Freud S (1973). *El yo y el ello*. Amorrortu Editores. (Original de 1923)
- ¹⁷⁸ Winnicott D. (2002). *Escritos de pediatría y psicoanálisis* Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- ¹⁷⁹ Klein M (1982). *Amor, odio y reparación*. Ediciones Paidós. Buenos Aires.
- ¹⁸⁰ Spitz R.A. (1993). *El primer año de la vida del niño*. Aguilar Ediciones. Barcelona.

-
- ¹⁸¹ Fenichel O. (1994). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Paidós. Barcelona.
- ¹⁸² Bleichmar H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia un técnica de intervenciones específicas*. Ed Paidós. Barcelona.
- ¹⁸³ Pereña P. (2001). *La pulsión y la culpa. Para una clínica del vínculo social*. Ed Sintesis. Madrid.
- ¹⁸⁴ Miller A. (1985) *El drama del niño dotado. En busca del verdadero yo*. Tusquets Editores. Barcelona.
- ¹⁸⁵ Grinberg, L. (1997) *Culpa y depresión : un estudio psicoanalítico*. Alianza editorial. Barcelona (original de 1963).
- ¹⁸⁶ Goldberg C (1991). *Understanding shame*. Northvale. NJ. Aronson.
- ¹⁸⁷ Bleichmar H (1997). *El masoquismo*. En Bleichmar H. *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia un técnica de intervenciones específicas*. Ed Paidós. Barcelona.
- ¹⁸⁸ Castilla del Pino, C. (1973) *La culpa*. Alianza Editorial. Madrid. Pg 55-57
- ¹⁸⁹ Kubany ES, Watson SB (2003). *Guilt : elaboration of a multidimensional model*. The Psychological Record, 53, 51-90
- ¹⁹⁰ Tangney J.P., Fischer K.W. (ed) (1995). *Self-conscious emotions. The psychology of shame, guilt embarrassment and pride*. Guilford Press. New York.
- ¹⁹¹ Baumeister RF, Stillwell AM, Heatherton TF (1994) *Guilt : an interpersonal approach*. Psychological Bulletin 115, 243-67
- ¹⁹² Baumeister R.F., Stillwell A.M., Heatherton (1995) *Interpersonal aspects of guilt : evidence from narrative studies*. En Tangney J.P., Fischer K.W (ed). *Self-conscious emotions. The psychology of shame, guilt embarrassment and pride*. Guilford Press. New York.
- ¹⁹³ Weiss J (1986). *Unconscious guilt*. En Weiss J, Sampson H (ed) *The psychoanalytic process -: theory, clinical observation and empirical research*. New York. Guilford Press.
- ¹⁹⁴ O'Connor L. E. (2001). *Pathogenic beliefs and guilt in human evolution*. En Gilbert P and Bailey K.G. (ed) *Explorations in Evolutionary Psychotherapy*. Brunner-Routledge.
- ¹⁹⁵ O'Connor LE, Berry JW, Weiss J, Bush M, Sampson H. (1997) *Interpersonal guilt: the development of a new measure*. J. Clin. Psychol 53 81) 73-89.
- ¹⁹⁶ Gold J; Weiner T. (2000) *Remorse, confession, group identity, and expectancies about repeating a transgression*. Basic and applied social psychology. 22 (4) : 291-300
- ¹⁹⁷ Zeelenberg M; Van Den Bos K; Van Dijk E; Pieters R.(2002) *The inaction effect in the psychology of regret*. Journal of Personality and social psychology. 82 (3) : 314-327
- ¹⁹⁸ Seta J; Mcelroy T; Seta E (2001). *To do or not to do: desirability and consistency mediate judgments of regret* . Journal of personality and social psychology. 80 (6) : 861-870
- ¹⁹⁹ Feldman J; Miyamoto J; Loftus E .(1999). *Are actions regretted more than inactions?* Organizational behavior and human decision processes. 78 (3) : 232-255
- ²⁰⁰ Wrosch C.; Heckhausen J. (2002) *Perceived control of life regrets: Good for young and bad for old adults*. Psychology and aging. 17 (2) : 340-350
- ²⁰¹ Sutton J; Reeves M; Keogh E. (2000) *Disruptive behaviour, avoidance of responsibility and theory of mind*. British journal of Developmental Psychology. 18 (1) 1-11
- ²⁰² Schnyder U, Moergeli H, Klaghofer R, Buddeberg C (2001). *Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims*. Am. J. Psychiatry 158:4 594-599.
- ²⁰³ Vander Zanden J. (1986). *Manual de psicología social*. Paidós. Barcelona.
- ²⁰⁴ Fromm E (1979). *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. Fondo de Cultura Económica.
- ²⁰⁵ Toro J (1986). *Mitos y errores educativos*. Ed Fontanella. Barcelona.
- ²⁰⁶ Walster, E., Berscheid, E., & Walster, GW (1973) *New directions in equity research*. Journal of Personality and Social Psychology, 25: 151-176. ..
- ²⁰⁷ Higgins T.E. (1999) *Self-discrepancy : a theory relating self and affect*. En Baumeister R.F. *The Self in social psychology*. Psychology Press. Philadelphia.
- ²⁰⁸ Goldberg C (1997). *Speaking with the devil: exploring senseless acts of evil*. New York. Penguin.
- ²⁰⁹ Goldberg C. (2002). *The secret that guilty confessions fail to disclose*. American Journal of Psychotherapy. 56(2) 178-193.
- ²¹⁰ Lira E. (1999). *Balance y experiencias en el Cono Sur*. En Pérez-Sales P. (ed) *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*. ExLibris Ediciones. Madrid.
- ²¹¹ Haritos-Fatouros M. (2003) *The psychological origins of institutionalized torture*. Routledge. Londres
- ²¹² Ulriksen, M y Viñar M (1993). *Fracturas de memoria*. Ed Trilce. Montevideo.

-
- ²¹³ Doi T. (1973) *The anatomy of dependence. The key analysis of Japanese behavior*. Kodansha International. Londres
- ²¹⁴ Berrios, G.E., Hodges, J.R. (2003) *Trastornos de memoria en la práctica psiquiátrica*. Masson.
- ²¹⁵ Kubany E, Manke F (1995). *Cognitive therapy for trauma-related guilt : conceptual bases and treatment outlines*. Cognitive and Behavioral Practice 2: 27-62.
- ²¹⁶ Kubany E.S. (1994) *A cognitive model of guilt typology in combat-related PTSD*. Journal of Traumatic Stress 7 (1) 3-19
- ²¹⁷ Matsakis A (1999). *Survivor guilt*. New Harbinger Publications. Oakland. USA.
- ²¹⁸ Yehuda R, McFarlane AC. (1995). *Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis*. Am J Psychiatry 152: 1705-1713.
- ²¹⁹ Díaz del Peral, Fernández Liria A, González Aguado F, Ibáñez Rojo V, Massip Amorós I, Rodríguez Vega B. (2002) *Los programas de salud mental de Médicos del Mundo en los conflictos balcánicos*. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. 2(1): 18-26
- ²²⁰ Martín Beristain C. (1999). *Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria*. Icaria. Barcelona:
- ²²¹ Fernandez Liria A, Rodriguez Vega B (2002). *Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo en situaciones de catástrofe, guerra o violencia política*. Revista de Psicoterapia 12 (49): 95-112.
- ²²² Parkes CM. (1998) *Bereavement: studies of grief in adult life*. London: International Universities Press; 3rd edition
- ²²³ Parkes CM. (1998a). *Coping with loss: Bereavement in adult life*. British Med. J ; 316: 856-859. (14 March)
- ²²⁴ Bennet G (1998). *Coping with loss: The doctor losses: ideals versus realities*. British Med J 316: 1238-1240. (18 April)
- ²²⁵ Figley C, Bride B, Mazza N (1997). *The traumatology of grieving*. London, Taylor and Francis.
- ²²⁶ Middleton W et al (1993). *Pathological grief reactions*. En Stroebe, Stroebe and Hansson *Handbook of bereavement*. New York, Cambridge University Press. 44-62.
- ²²⁷ Neimeyer RA (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona, Paidós
- ²²⁸ Parkes CM (1993). *Bereavement as a psychosocial transition: Processes of adaptation to change*. En Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO, Schut H. *Handbook of bereavement*. New York, Cambridge University Press pp 91-102.
- ²²⁹ Stroebe, Stroebe and Hansson (2001). *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping and Care*. Washington: American Psychological Association
- ²³⁰ Parkes CM. (1998c) *Coping with loss: Facing loss*. British Med J 316: 1521-1524. (16 May)
- ²³¹ Black D. (1998a). *Coping with loss: Bereavement in childhood*. British Med J 316: 931-933. (21 March)
- ²³² Pitt B. (1998) *Coping with loss: loss in late life*. British Med J 316: 1452-1454 (9 May)
- ²³³ Fitzgerald RG, Parkes CM. (1998) *Coping with loss: Blindness and loss of other sensory and cognitive functions*. British Med J 316: 1160-1163. (14 March)
- ²³⁴ Maguire P, Parkes CM. (1998) *Coping with loss: Surgery and loss of body parts*. British Med J. 316: 1086-1088. (4 April)
- ²³⁵ Weiss R.. (1998) *Coping with loss: Separation and other problems that threaten relationships*. British Med J 316: 1011-1013. (28 March)

-
- ²³⁶ Black. (1998) *Coping with loss: The Dying child*. British Med J ; 316: 11376-1378. (2 May)
- ²³⁷ Parkes CM. (1998b) *Coping with loss: The Dying adult*. British Med J. 316: 1313-1315. (25 April)
- ²³⁸ Worden J.W. (2000). *Grief Counselling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner*. (Third Ed). Springer. New York.
- ²³⁹ Freud S. (1948) *Duelo y melancolía*. En Freud S. *Obras Completas*. Madrid. Biblioteca Nueva 1087-1095.
- ²⁴⁰ Lindemann E. (1944) *Symptomatology and management of acute grief*. Am J Psychiatry (reimpreso en Am J Psychiatry 1994; 151;6, 155-60)
- ²⁴¹ Caplan G. (1964) *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books (trad cast. *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós. 11 reimpression 1980)
- ²⁴² Bowlby J. (1986) *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid, Morata, (*The making and breaking of affectional bonds*. Tavistock, 1979)
- ²⁴³ Bowlby J. (1990). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Buenos Aires, Paidós, (*Attachment and Loss*, vol 3. *Loss, sadness and depression*, Tavistock, 1980)
- ²⁴⁴ Bowlby J. (1985) *La separación afectiva*. Buenos Aires, Paidós, (*Attachment and Loss*, vol 2. *Separation*, London, The Hogarth Press Clark S. *Loss and grief in general practice: a pilot study*. National convention of the Royal Australian College of general practitioners, 1986.
- ²⁴⁵ Horowitz MJ, Spiegel B, Holen A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH. (1997) *Diagnostic criteria for Complicated Grief Disorder*. American J Psychiatry ; 154: 904-910.
- ²⁴⁶ Eisenbruch M. (1984) *Cross-cultural aspects of bereavement; I: a conceptual framework for comparative analysis*. Culture, Medicine and Psychiatry 8: 283-309.
- ²⁴⁷ Pérez-Sales P. (2000) *Duelo: una perspectiva transcultural. Más allá del rito: la construcción social del sentimiento de dolor*. Psiquiatría Pública; 12(3): 259-271
- ²⁴⁸ Wortman CB, Silver RC (2001) *The Myths of Coping wit Loss Revisited*. En Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO y Schut H (Eds), *Handbook of bereavement: consequences, coping and care*. Washington DC: American Psychological Association, 2001
- ²⁴⁹ Wortman CB, Silver RC (1989) *The Myths of Coping wit Loss*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 349-357.
- ²⁵⁰ Averill JR and Nunley EP (1993). *Grief as an emotion and as a disease: a social constructivist perspective*. En Stroebe, Stroebe and Hansson *Handbook of bereavement*. New York, Cambridge University press, 77-91.
- ²⁵¹ Rosenblatt P.C (1993). *Grief: the social context of private feelings*. En Stroebe, Stroebe and Hansson: *Handbook of bereavement*. New York, Cambridge University press, 1993, 102-12
- ²⁵² Shapiro E (1996). *Family bereavement and culture diversity: a social development perspective*. Fam Process 35: 313-32.
- ²⁵³ Kübler-Ross E. (1989) *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona, Grijalbo.
- ²⁵⁴ Fernandez Liria A, Rodriguez Vega B. (2001) *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao, Desclée de Brouwer.
- ²⁵⁵ Fernandez Liria A, Rodriguez Vega B. (2002) *Habilidades de entrevista para Psicoterapeutas*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- ²⁵⁶ Simos BG.(1979) *A time to grief*. New York: Family Service Association

-
- ²⁵⁷ Klerman GL, Rousanville B, Chevron E, Neu C, Weissman MM. (1984) *Interpersonal psychotherapy of depression* (IPT). New York. Basic Books.
- ²⁵⁸ Horowitz MJ (1976): *Stress response syndromes*. New York: Jason Aaronson.
- ²⁵⁹ Kissane DW, Bloch B. (1994) *Family Grief*. Br J Psychiatry 164, 728-740.
- ²⁶⁰ Stroebe, Stroebe and Hansson (1993) *Handbook of bereavement*. New York, Cambridge University press, 44-62.
- ²⁶¹ Raphael B. (1994) *The anatomy of bereavement*. London, Aronson,
- ²⁶² Walsh F, McGoldrick M (1991) *Living beyond loss*. New York, Norton,
- ²⁶³ Stylianos S, Vachon ML. (1993) *The role of social support in bereavement*. En Stroebe, Stroebe and Hansson *Handbook of bereavement*. New York, Cambridge University press, 1993, 397-411
- ²⁶⁴ Mallenson, N. (1959) Panic and phobia: a possible method of treatment. *Lancet*, 1: 225-227.
- ²⁶⁵ Stampfl, T.G. y Levis, D.J., Learning theory: an aid to dynamic therapeutic practice, en Eron, L.D. y Callahan, R. (eds.) *Relationship of theory to practice in psychotherapy*. Chicago, Aldine, 1969.
- ²⁶⁶ Foa, E.B. Rothbaum, B.O., Steketee, G.S.(1993) Treatments of rape victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 8: 256-276
- ²⁶⁷ Echeburúa, E. y De Corral, P. (1997) Avances en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés posttraumático. *Ansiedad y Estrés*, 3 (2-3): 249-264.
- ²⁶⁸ Levis, DJ. (1980). Implementing the technique of implosive therapy. En A.F. Goldstein y E.B. Foa (eds) *Handbook of behavioral interventions. A clinical guide*. Nueva York. Wiley.
- ²⁶⁹ Marks, I.M. (1975) Tratamientos de exposición. En W.S. Agras (Ed.). *Modificación de la conducta. Principios y aplicación clínica*. Barcelona. Toray.
- ²⁷⁰ Foa E.B., Rothbaum, B. O., Riggs, D.S. Murdock, T.B.(1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59: 715-723.
- ²⁷¹ Carnwath, T. y Miller, D. (1989) Exposición. En Carnwath, T. y Millar, D. (eds.) *Psicoterapia conductual en asistencia primaria. Manual práctico*. Barcelona. Martínez-Roca.
- ²⁷² Vaughan K, Tarrier N. (1992). The use of image habituation training with post-traumatic stress disorders. *British Journal of Psychiatry* 161: 658-64
- ²⁷³ Levis, D.J. y Hare, N. (1977) A review of theoretical rationale and empirical support for the extinction approach of implosive (flooding) therapy. En Hersen, M., Eisler, R.M. y Miller, P.M.(eds.). *Progress in behaviour modification*, vol 2, Nueva York, Academic Press.
- ²⁷⁴ Briere, J. (2004) Psychological Assessment of adult posttraumatic states. Washington. American Psychological Association.
- ²⁷⁵ Foa E.B., Riggs D.S., Massie, E.D y Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy* 26: 487- 499.
- ²⁷⁶ Pérez-Pareja, F.J.(2003). *Técnicas de exposición y autoexposición*. Síntesis. Madrid
- ²⁷⁷ Meichembaum, D.(1987). *Manual de inoculación del estrés*. Matínez-Roca. Barcelona.
- ²⁷⁸ Meichembaum, D.(1994). Treating post-traumatic stress disorder. A Handbook and Practice Manual for Therapy. Institute Press. Ontario
- ²⁷⁹ Foa E.B., Dancu C.V., Hembree E.A., Jaycox L.H., Meadows E.A., Street G.P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, 2: 194-203
- ²⁸⁰ Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures. New York, Guilford Press, 2001 , 2º ed
- ²⁸¹ Chambless, D. Baker, M et al. Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist* 1998; 51: 3-16.
- ²⁸² Chemtob CM, Tolin D. et al Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). En: Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. Eds. Foa A. Keane TM, Friedman MJ. New York: Guilford Press, 2000.
- ²⁸³ Shapiro F. Manual de tratamiento. Niveles I y II. No publicado, 2000
- Sikes, C. & Sikes, V. (2003). EMDR: Why the controversy? *Traumatology*, 9(3), Article 3, 169-181.
http://www.fsu.edu/%7Etrauma/V9/v9i3_EMDRControversy.pdf

-
- ²⁸⁴ Shapiro F. EMDR as an integrative psychotherapy approach. Washington, American Psychological association, 2002
- ²⁸⁵ Van der Kolk, B.A. Más allá de la cura por el diálogo: experiencia somática, improntas subcorticales y tratamiento del trauma. En: EMDR, promesas para el desplazamiento de un paradigma. Ed: F. Shapiro. N.Y., APA Press, 2002
- ²⁸⁶ Rubin, A. (2003). Unanswered questions about the empirical support for EMDR in the treatment of PTSD: a review of research. *Traumatology*, 9(1), Article 1, 4-30.
http://www.fsu.edu/%7Etrauma/V9/v9i1_EMDR_Evidence.PDF
- ²⁸⁷ Maxfield L, Hyer LA. The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology* 2002;58:23-41.
- ²⁸⁸ Spector J, Read J. The current status of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1999;6: 165-174.
- ²⁸⁹ Manfield P. Extending EMDR.. New York, WW Norton, 1998.
- Maxfield, L. (1999). Eye movement desensitization and reprocessing: a review of treatment efficacy for Posttraumatic Stress Disorder. *Traumatology-e*, 5(4), Article 1. <http://www.fsu.edu/~trauma/alv5i4.htm>
- ²⁹⁰ Van der Kolk BA., Pelcovitz, D., Roth S., Mandel, E., McFarlane, A. C., Herman JL: Dissociation, Somatization and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 1996, 153, 83-93.
- ²⁹¹ Stickgold R, Hobson JA. et al. Sleep, learning and dreams: Off-line memory reprocessing. *Science* 2001;1052-1057
- ²⁹² Stickgold R. EMDR: A putative neurobiological mechanism. *Journal of Clinical Psychology* 2002;58:61-75
- ²⁹³ Wilson D., Silver SM et al: Eye movement desensitization and reprocessing: effectiveness and autonomic correlates. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 27 (1996)
- ²⁹⁴ Servan-Schreiber, D. Eye Movement Desensitization and reprocessing: Is Psychiatry missing the point?. *Psychiatric Times* 2000; 17: 36-40
- ²⁹⁵ Braid, J. 1843. *Neurypnology; Or, The Rationale Of Nervous Sleep*. En A. E. Waite. 1960. Disponible en www.hypno1.co.uk/nh_contents.htm
- ²⁹⁶ Etchebarne I, Hipnosis y Sugestión: desde sus orígenes hasta el surgimiento de la psicoterapia. Tesinas Universidad Belgrano. www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/138_etchebarne.pdf
- ²⁹⁷ Maldonado JR, Spiegel D. Trauma, dissociation and hypnotizability, en Bremner JD, Marmar CA, Trauma, memory and dissociation. Washington, American Psychiatric Press, 1998, 57-107
- ²⁹⁸ Spiegel D, Hunt T, Dondershine H E. Dissociation and Hypnotizability in Posttraumatic Stress Disorder. *The American Journal of Psychiatry*; Mar 1988; 145, 3
- ²⁹⁹ Butler L D, Duran R E F, Jasiukaitis P, Koopman C, Spiegel D. Hypnotizability and traumatic experience. *The American Journal of Psychiatry*; Jul 1996; 153, 7
- ³⁰⁰ Putnam F W, Carlson E b. Hypnosis, dissociation and trauma: Myths, metaphors and mechanisms, en Bremner JD, Marmar CA, Trauma, memory and dissociation. Washington, American Psychiatric Press, 1998, 27-57
- ³⁰¹ Bremner JD, Marmar CA, Trauma, memory and dissociation. Washington, American Psychiatric Press, 1998
- ³⁰² Nash MR. The status of hypnosis as an empirically validated clinical intervention. A preamble to the special issue. *The American Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2000, 48, 107-112.
- ³⁰³ Amundson JK, Alladin A, Eamon G. Efficacy vs. effectiveness research in psychotherapy: implications for clinical hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis* 2003; 46(1):11-29.

-
- ³⁰⁴ Jureidini J. Does dissociation offer a useful explanation for psychopathology?. *Psychopathology* 2004;37(6):259-65
- ³⁰⁵ Brom D, Kleber RJ. Brief Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989, 57(5):607-12
- ³⁰⁶ Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM, Nixon RD. The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005, 73(2), 334-340
- ³⁰⁷ Zeig JK. A teaching seminal with Milton H Erickson. New York, Brunnel-Mazel, 1980.(Trad cast. Un seminario didáctico con Milton H Erickson. Buenos Aires, Amorrortu, 1992)
- ³⁰⁸ Yapko MD.Essentials of Hipnosis. New Cork, Brunnel-Mazel, 1995. (Trad Cast. Lo esencial de la hipnosis. Barcelona, Paidós, 1999)
- ³⁰⁹ Procter HG. Escritos esenciales de Milton Erickson, vol 1 y vol 2. Barcelona . Paidós, 2002
- ³¹⁰ Erickson MH. Clínica con Hipnosis. Editado por LM Gómez. Madrid. Grupo Hispano, 2003
- ³¹¹ O'Hanlon WH. Taproots. Underlying principles of Milton Erickson's therapy and Hypnosis. New York, WW Norton, 1987. (Trad cast. Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson. Barcelona, Paidós, 1993.
- ³¹² Haley J. Uncommon Therapy: The psychiatric techniques of Milton H Erickson, 1973 (trad. Cast. Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H Erickson, Buenos Aires, Amorrortu, 1980)
- ³¹³ Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2001
- ³¹⁴ Cardeña E, Maldonado JR, Van der Hart O, Spiegel D. Hypnosis en Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Effective treatments for PTSD. New York, Guilford Press, 2000, 247-280 (Trad cast. Tratamiento del Estrés Postraumático, Barcelona. Ariel psicología, 2003)
- ³¹⁵ Van der Kolk. B (1996) Terapia de grupo en los trastornos de estrés postraumático. En Kaplan, Sadock. Terapia de Grupo. Ed Médica Panamericana.
- ³¹⁶ Kos, A. M., S. G. Asanin, et al. (1997). They talk, we listen. Ljubljana, Slovenia, Center for Psychosocial Help to Refugees- Slovene Foundation.
- ³¹⁷ Klein, I. and R. Janoff-Bulman (1996). Trauma history and personal narratives: some clues to coping among survivors of child abuse. *Child Abuse Negl*: Jan;20(1):45-54.
- ³¹⁸ Everly, G. S. J., R. B. J. Flannery, et al. (2000). Critical incident stress management (CISM): A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior* 5(1): 23-40.
- ³¹⁹ Arendt, M. and A. Elklit (2001). Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 104: 423-437.
- ³²⁰ Pérez Sales P, Hernangomez L, Santiago C. Terapia de grupo en duelo complicado: un enfoque desde los valores de cambio positivo. *Psiquiatría Pública* (2000). 12:3, 273-284.