



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DE LA SALUD

TRABAJO FINAL DE GRADO

Montevideo, octubre de 2015

Estudiante: Carlos LOPEZ

Tutora : Graciela LOARCHE

TITULO

Psicoterapia del trauma: intervenciones con víctimas de situaciones extremas

ÍNDICE

Resumen	2
Introducción	2
Víctimas de situaciones extremas.....	5
Acontecimiento traumático y trauma.....	6
Estrés postraumático.....	9
Principales reacciones y emociones asociadas al trauma	12
Anestesia emocional.....	12
Irritabilidad.....	13
Ansiedad	13
Culpa	14
Duelo	15
Depresión.....	15
Afrontamiento	16
Psicoterapia del trauma.....	18
Psicoterapia cognitiva comportamental de exposición	21
Psicoterapia con EMDR.....	22
Psicoterapia grupal	24
Conclusiones finales.....	26
Bibliografía.....	28

RESUMEN

En este trabajo se realiza una conceptualización sobre situaciones traumáticas y sobre el trauma desde la postura de varios autores que trabajan el tema y que analizan distintas formas de intervención con las víctimas, que por sí solas no han podido superar dichas situaciones. Se enfoca en las formas de intervención del terapeuta, en las principales problemáticas a trabajar en la terapia, además de la resignificación de los hechos vividos y por último en una breve descripción de algunos tipos de intervención como ser, la *terapia de exposición*, el EMDR y la *terapia grupal*.

Dado que se entiende que existe cierto grado de similitud entre las experiencias vividas por las víctimas de distintas situaciones traumáticas, el objetivo es tener una visión clara sobre las formas de intervención ante ello y realizar un abordaje sobre éstas. Se hace alusión a algunas técnicas específicas, aunque cuenten con una visión general del abordaje de tales situaciones.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo aborda la intervención con personas expuestas a situaciones traumáticas. Básicamente se centra en aquellas personas que por sí solas no pudieron superar lo ocurrido y buscan ayuda psicoterapéutica. Al comienzo se da una noción de *víctima* y de *situaciones extremas*, de la *situación traumática* y del *trauma*; se trabaja fundamentalmente con autores como Enrique Echeburúa, Pérez Sales, Benyakar, entre otros, puesto que éstos poseen una sistematización importante en torno al tema, además de una amplia experiencia académica, sobre todo en investigación de la efectividad de las intervenciones. También se discute la noción de trastorno de estrés postraumático según varias perspectivas. Después se tratan las principales emociones y reacciones en referencia al trauma que puede tener alguien que no ha podido salir de la situación de trauma, como la anestesia emocional irritabilidad culpa depresión, etc. Luego se abordan brevemente las modalidades de afrontamiento. Posteriormente nos internamos en la psicoterapia del trauma, en la que se trabaja y se enfatiza el rol y el perfil del terapeuta, el modo de conducir las intervenciones, cuándo y cómo intervenir, el acompañamiento del paciente y cómo crear un ambiente confianza y seguridad. Finalmente se trabaja brevemente dos modalidades de intervención individual, bien distintas, para la eliminación de las imágenes intrusivas, sobre todo: la terapia de exposición y el EMDR; más adelante se trabaja brevemente la psicoterapia grupal como una intervención recomendada posterior a la individual (aunque esto no tiene por qué ser así necesariamente), con el fin de que el paciente pueda generar lazos sociales y restablecer la confianza en las demás personas.

En este sentido, se cree importante el trabajo de la forma de intervención y del modo de manejar algunas de las consecuencias producidas por la situación de trauma y el modo de

acompañamiento terapéutico, buscando generar un mayor bienestar psicológico en el paciente. El objetivo central es poder pensar que desde una intervención clínica activa y desde el trabajo con herramientas de utilidad práctica, se puede propender a generar bienestar psicológico y por ende se puede hacer un aporte a la salud pública.

Palabras clave:

situaciones extremas; trauma; psicoterapia.

VÍCTIMAS DE SITUACIONES EXTREMAS

Para Pérez Sales (2006), las situaciones extremas son en sí mismas una experiencia traumática, en la que existe un gran peligro para la integridad de la persona tanto en el plano psicológico como en el físico. Esto implica que la persona debe adaptarse a cambios significativos en su vida, lo que genera un cuestionamiento sobre la realidad y sobre su entorno. En este sentido se puede decir que toda persona que se expone a una experiencia extrema va a tener algún grado de afectación por el peligro vivido, pero éste va a variar de acuerdo a la naturaleza de la situación y a la resistencia expuesta. Por esta razón se sostiene que la situación en sí, por ser una experiencia inusual y no cotidiana, genera algún tipo de afectación, aunque su grado varía en función de factores del individuo expuesto, pero también de la intensidad del evento.

Cuando hablamos de situaciones extremas nos referimos, por ejemplo, a: las catástrofes naturales, al terrorismo, a la violencia doméstica, a la violencia sexual, a delitos violentos, etc.

Las situaciones extremas son experiencias traumáticas en las que puede existir o un solo acontecimiento específico o varios acontecimientos. En el caso de que haya más de uno no actuarían cada una de esas experiencias como trauma por sí solas, sino que al sumarse sus efectos se convertirían en una experiencia traumática (Freud, 1958-1968; Khan, 1974, citado en Lira *et alii*, 1991, p. 4). Entendemos por situaciones extremas las experiencias traumáticas vividas por el individuo que lo llevan a poner en marcha mecanismos y recursos internos con el fin de afrontar la situación vivida. Dependiendo de los mecanismos de afrontamiento que ponga en marcha, la resiliencia que posea, la intensidad del evento que enfrente y también de la asistencia primaria que reciba, la persona afectada podrá superar esta vivencia por sí sola o necesitará ayuda terapéutica para elaborar la situación traumática vivida.

A su vez, víctima es todo ser humano que sufre un malestar emocional como causa de un daño provocado por otro ser humano, desastre natural, accidente de tránsito, tortura, etc. Existe un elemento objetivo que es el suceso traumático y un elemento subjetivo que son las emociones negativas, el miedo intenso, la depresión, la rabia, la sensación de inseguridad, los problemas en las relaciones interpersonales, el embotamiento afectivo, etc. Estos elementos subjetivos varían de unas víctimas a otras y hay casos en que dichas personas pueden dotar su vida de unos nuevos significados y hasta desarrollar emociones positivas en situaciones extremas. Desde el punto de vista objetivo, la víctima es víctima siempre, pero desde el punto de vista del componente subjetivo, que es lo más significativo psicológicamente, las víctimas deben dejar de ser víctimas lo más pronto posible. La identidad de víctima, de forma prolongada, es contraproducente porque alarga el duelo e impide comenzar un nuevo capítulo en la vida de la persona (Echeburúa y Corral, 2007). Las víctimas de una situación extrema pueden experimentar sentimientos diversos, que se retroalimentan, como ser dolor, miedo, sentimiento de injusticia y

de abandono. Además, las víctimas pueden sufrir patrones de conducta relativamente comunes en función del tipo de suceso traumático. Echeburúa y Cruz (2003) plantean que lo que genera habitualmente daño psicológico en una víctima es la amenaza a la propia vida o a la integridad psicológica; también dicen que una lesión física grave y que la violencia sea intencionada agudiza la posibilidad de que el daño psicológico sea mayor.

Pensamos que desde la perspectiva del terapeuta no es adecuado tener una postura que resalte la situación de víctima, ya que ésta podría crear en el paciente una identidad tal de la que le sea difícil salir, por lo que es necesario fortalecer conductas, sentimientos que la persona tenía antes del acontecimiento traumático, así como aquellas que utilizó con éxito durante o después del hecho. De esta forma se priorizaría en el paciente como ser humano sufriente y no como la víctima de tal o cual situación extrema.

ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO Y TRAUMA

Pérez Sales (2006) sostiene que el acontecimiento traumático es el hecho objetivo que ocurre y que puede producir o no un trauma; a su vez, el estrés postraumático sobreviene luego del acontecimiento traumático, por lo que podemos decir que todo acontecimiento traumático es potencialmente traumatizante, pero que no necesariamente producirá un trauma en toda persona expuesta a un hecho de esas características. En este sentido, también la intensidad del acontecimiento traumático determina el grado de estrés postraumático y el grado de afectación de la persona, además de que el desarrollo del estrés postraumático está dado por las características de la persona expuesta a ese acontecimiento. Es importante tener en cuenta que un hecho estresante podría producir efectos traumáticos mayores en el caso que fuera repentino, prolongado, repetitivo o intencional, ya que se disminuye la capacidad de la persona para controlar la situación y para desarrollar estrategias efectivas para afrontarlo.

Los sucesos traumáticos desbordan la capacidad de respuesta de la persona, que puede sentirse sobrepasada, para hacer frente a las situaciones a las que se ve obligada a enfrentar. En estos casos le resulta imposible adaptarse a la nueva situación. Puede sentirse indefensa y perder la esperanza en el futuro, lo que le impide gobernar su propia vida con éxito (Echeburúa y Corral, 2007). «Los sucesos traumáticos generan terror e indefensión, ponen en peligro la integridad física o psicológica de una persona y dejan a la víctima con una sensación de soledad y en una situación emocional que frecuentemente es incapaz de afrontar con sus recursos psicológicos habituales» (Echeburúa y Cruz, 2003, p. 86). El trauma sufrido suele producir humillación, desvalimiento y un quiebre de la sensación de seguridad personal y de la confianza en los seres humanos, sobre todo cuando hablamos de situaciones que fueron provocadas por otros seres humanos. Esto causa necesariamente interferencia negativa en la vida cotidiana de la persona, afecta su capacidad de amar y de relacionarse con otros, la de trabajar y de llevar su vida social.

Echeburúa define el trauma como un «malestar intenso derivado de un suceso negativo, brusco e inesperado, de consecuencias dramáticas y que ha sido causado por otros seres humanos» (2009, p. 24). Este autor se enfoca en el suceso traumático generado por otros seres humanos que, si bien otros autores como los que trabajaremos más adelante acuerdan que es el de mayores consecuencias, no debemos olvidar que los sucesos traumáticos y por ende el trauma puede provenir de la naturaleza. El trauma es la reacción psicológica derivada de un suceso traumático en el que existe una pérdida de la confianza básica del individuo y de la integridad del propio yo.

Pérez Sales (2004) hace una definición más amplia: plantea el trauma como una experiencia que constituye una amenaza para la integridad de una persona. En este sentido, cuestiona la perspectiva reduccionista del DSM (*Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*), que sólo considera como hechos traumáticos las amenazas a la integridad física, por lo que propone una perspectiva más amplia que incluya asimismo las amenazas a la integridad psicológica. Además señala que el DSM hace una consideración clínica de lo traumático sobre los síntomas intrusivos, de evitación y de alarma, para los que existen fundamentos de base biológica, pero deja de lado aquello que evidentemente constituye los elementos más importantes desde el aspecto de la vivencia de la persona.

Este autor afirma además que lo que tienen en común los testimonios de supervivientes de situaciones extremas son ciertas características generales, desde las que se puede elaborar una propuesta de trabajo psicoterapéutico en conjunto. Éstas son:

- la experiencia traumática que tiene un carácter inenarrable, incontable e incompañable. El hecho de ser inenarrable está vinculado al propio carácter confuso de la experiencia vivida y a las dificultades para evocar dicha situación, pero además al sufrimiento que el recuerdo de tales hechos le provoca a la persona;
- el quiebre de las asunciones que constituyen los referentes básicos de seguridad del ser humano; estos hechos ponen en tela de juicio la seguridad, y
- el cuestionamiento de la dignidad personal frecuentemente asociado a vivencias de culpa, elemento que será esencial a la hora de considerar los factores psicosociales relacionados a la situación traumática.

Janoff-Bulman (1992, citado por Arnosó *et alii* 2011) plantea que el trauma altera el sistema de creencias del individuo tanto acerca del mundo y como de sí mismo. En tal sentido disminuye la confianza en los demás y en uno mismo; se pierde además la sensación de control sobre lo que nos sucede, quedan afectadas las creencias que nos permiten dar coherencia, orden y estabilidad al mundo en que vivimos como consecuencia del terror experimentado. Por este motivo, el contexto se convierte en amenazador traumatizante y destructivo, por lo que las relaciones interpersonales se ven transformadas en amenazas, desconfianza y temor.

Desde el punto de vista estructural, el trauma se define como un colapso del *self*, en todos los planos referenciales: en el estructural o en el funcional; esto es producto de una vivencia de

amenaza catastrófica, que genera una respuesta caótica (Benyakar, Kutz, Dasberg y Stern, 1987, citados por Lira *et alii*, 1991).

Laplanche y Pontalis (1996, citados por Benyakar, 2006) definen el trauma como un «acontecimiento de la vida de un sujeto caracterizado por su intensidad, la capacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica» (p. 107). Esta postura tiene en cuenta el hecho objetivo, o sea, aquello que ocurre realmente, que es el hecho traumático. Por otro lado, la capacidad de afrontamiento del sujeto, las estrategias para enfrentar el suceso vivenciado y en última instancia los efectos producidos por un hecho traumático, el TEPT y todas las reacciones que podrían producirse.

Benyakar (1997, citado por Cruz Villalobos, 2012) dice que fue Freud quien incorporó el concepto de trauma en el ámbito de la psicología. Éste lo adopta de la medicina, y proviene del concepto griego *trauma*, que significa herida o ruptura. El trauma psicológico se ha descrito como una consecuencia a la exposición a un acontecimiento abrumador e ineludible que supera la capacidad de afrontamiento de una persona. Siguiendo los desarrollos previos, se puede decir que no existen dos personas expuestas a un mismo suceso traumático que reaccionen de la misma manera, ya que la capacidad de la persona para hacer frente al suceso traumático está relacionada a un importante número de elementos, como es su sistema de creencias, las experiencias previas de trauma, el nivel de apoyo social que éste tenga, la percepción de su propia capacidad para hacer frente al hecho traumático, los recursos internos que la persona posea, la predisposición genética, así como otros factores, como el momento que esté atravesando en su vida.

El trauma es la reacción psicológica que el individuo podría experimentar al estar expuesto a una situación extrema o hecho traumático, podría porque no necesariamente tiene que sucederle esto. A su vez, podría experimentar los síntomas descritos en el DSM (APA, 1997), pero también puede ocurrir que la situación traumática haya sido vivida por el individuo como traumática, es decir, que no pudo afrontarla exitosamente con recursos propios, pero puede no experimentar los síntomas característicos del TEPT y sí puede experimentar altos montos de depresión o ansiedad. Eso ocurre habitualmente en los caso de abuso sexual y en la violencia doméstica. Es por esta razón que debemos dejar en claro que las situaciones extremas, que son acontecimientos o hechos traumáticos, no generarán necesariamente trauma y a su vez éste, de generarse, no será experimentado únicamente con los síntomas de TEPT.

Alrededor del 70 % de las personas han pasado, en algún período de su vida, por un suceso traumático grave, pero la prevalencia, en la población general, es de un 1 a un 7 %, según estudios y contextos culturales. Resulta evidente por lo tanto que ante hechos traumáticos graves la mayoría logra superar de manera espontánea y con recursos personales propios el impacto traumático recibido. Esto demuestra que los hechos traumáticos son frecuentes, pero que las personas afectadas son muy pocas. A nivel epidemiológico, no todos los hechos traumáticos

tienen el mismo impacto, por ejemplo, en víctimas de accidentes de tránsito con riesgo vital se da de un 5 a un 10 % de prevalencia de trastorno de estrés postraumático; en una violación con violencia física, ésta se eleva al 35 o al 50 %, e incluso hasta un 50 % o un 65 % cuando el victimario es familiar o conocido de la víctima (Pérez Sales, 2004).

Siguiendo esta línea es importante decir que las personas ponen en marcha en condiciones normales mecanismos adaptativos personales, que será necesario detectar y apoyar desde un punto de vista terapéutico

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Según el DSM-IV (1996), el trastorno de estrés postraumático se considera como el hecho traumático, como aquella experiencia humana extrema que constituye una amenaza grave para la integridad física o psicológica de una persona, ante la que se ha respondido con temor, desesperanza u horror intenso. 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.

Pérez Sales (2006) manifiesta que los síntomas más comunes son sufrir «un estado elevado de ansiedad, con irritabilidad y predisposición a dar respuestas de alarma por motivos menores, ya sea pesadillas e imágenes invasivas que aparecen repetidamente en la conciencia y que provocan una gran angustia, sensaciones de extrañeza e irrealidad, percibir una barrera emocional que separa a la persona del mundo, tristeza, desesperanza y vivencias de culpa por no haber sabido evitar el peligro o por haber sobrevivido, etc.» (p. 68). Estos síntomas, dice el autor, son extraordinariamente frecuentes y además agrega que en diversos estudios epidemiológicos alrededor de la mitad de las personas que han padecido hechos traumáticos severos sufren uno o más de los síntomas descritos anteriormente. Tales síntomas son respuestas naturales del ser humano ante una agresión de extraordinaria importancia y a su vez son intentos por recuperar el equilibrio, del mismo modo que lo hace la fiebre con el fin de restaurar el equilibrio del cuerpo humano ante diferentes afecciones: «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» (Pérez Sales, 2006, p. 69). A su vez, cabe destacar que la mayoría de casos de estrés postraumático se resuelven por sí solos entre el primer y el cuarto mes; agrega además que en desastres naturales la mayoría de los síntomas desaparecen a los dieciséis meses, cosa que no ocurre cuando existe amenaza vital o destrucción masiva.

Blanco y Díaz (2004), asimismo, plantean otra mirada sobre el TEPT, enfatizando que éste es un constructo de utilidad para la intervención y el tratamiento, pero que no es un descubrimiento de una realidad: «Desafortunadamente, en muchas ocasiones cuando construimos categorías como el TEPT, las vemos en sí mismas como realidades y las confundimos con el mundo real» (p.

237). Estos autores cuestionan la clasificación nosográfica y la adhesión acrítica a ellas por parte de los profesionales, con lo que concordamos, ya que forman parte de un sistema de clasificación, son útiles para facilitar el diagnóstico clínico y para proceder a la intervención o al tratamiento, pero no son ni verdaderos ni incuestionables.

El problema surge cuando se piensa que los trastornos mentales existen realmente y por ende se supone que las personas que acuden a un psicólogo tienen problemas que deben encajar en alguna categoría diagnóstica (Blanco y Díaz, 2004).

No todas las personas que sufren hechos traumáticos van a tener diagnósticos de estrés postraumático; si bien la mayoría de las personas vive a lo largo de su vida algún hecho traumático (aproximadamente un 60 %), solo el 8 % podría recibir el diagnóstico de TEPT y, además, el 85 % de las personas cuenta con una visión positiva del yo, del mundo y de los otros, por lo que se supone que una ínfima minoría verá alteradas sus creencias (Pérez Sales, 2007, citado por Arnosó *et alii*, 2011).

En una línea similar, Martín y De Paúl (2004) dicen que el TEPT es visto como el eje sobre el que gravita el trauma. La importancia de este trastorno comenzó a ser estudiada en el siglo XIX. Partiendo de las grandes guerras, evolucionó hasta situaciones traumáticas más recientes. Este trastorno aparece por primera vez y es denominado «gran reacción al estrés» en el DSM-I (APA, 1952) y fue introducido como una categoría diagnóstica en el DSM-III (APA, 1980) como TEPT. En la tercera edición se eliminaron las explicaciones teóricas y etiológicas, se sustituyeron por una aproximación descriptiva intentando ser teórica, se abandonó por completo el enfoque psicodinámico a la hora de entender los fenómenos psíquicos. El DSM-III-R (APA, 1987) estrechó el criterio diagnóstico y añadió la necesidad de que los síntomas estuvieran presentes al menos durante un mes. En el DSM-IV (APA, 1994), la aportación más importante ha sido incluir la respuesta subjetiva del individuo además de la angustia emocional y la percepción de desamparo. Por otra parte, es relevante resaltar que el TEPT posee comorbilidad con otros trastornos, como la depresión y los trastornos por ansiedad, por lo que diagnosticar únicamente TEPT en una persona que ha sido víctima de una situación traumática es algo bastante inusual.

El TEPT está caracterizado por tres aspectos nucleares: 1) la reexperimentación del suceso traumático en forma de pesadillas, imágenes o recuerdos constantes e involuntarios; 2) la evitación conductual y cognitiva de los estímulos asociados al trauma, y 3) la hiperactivación emocional y fisiológica. Esto conllevaría determinada interferencia en el funcionamiento social, laboral y familiar, así como también dificultades de concentración y conciliación del sueño, además de pérdida de interés por las relaciones interpersonales y cierto embotamiento afectivo para recibir y expresar sentimientos de intimidad y ternura. Desde que se realizó su primera descripción en el DSM-III, muchos investigadores enfatizan que la actual conceptualización de los síntomas del TEPT constituye un «cajón de sastre» al incluir en ella una amalgama de síntomas que continúan haciendo difícil su diagnóstico (Alonso Grijalba, 2007).

Con respecto al acontecimiento traumático capaz de provocar un TEPT, la CIE-10 destaca la

naturaleza del acontecimiento traumático y señala que un acontecimiento es traumático cuando su naturaleza es extremadamente amenazante o catastrófica, y susceptible de provocar casi en cualquier persona un profundo malestar psicológico. A su vez, el DSM (DSM-IV y DSM-IV-TR), a diferencia de ésta, coloca el énfasis en el modo en que la persona afronta el suceso traumático y no tanto en el tipo de acontecimiento, por lo que incluye el componente subjetivo al hacer énfasis en la reacción de la persona frente al suceso ocurrido, requiriendo que sea experimentado con miedo, horror o indefensión intensa. Esta autora defiende que la actual conceptualización de los síntomas del TEPT de la APA ha surgido a partir del consenso de expertos y no de criterios empíricos (Alonso Grijalba, 2007).

Unos de los aspectos centrales en la polémica relativa al concepto de TEPT está relacionado con los componentes sociohistóricos que intervinieron en la construcción de esta categoría diagnóstica, muy especialmente la guerra de Vietnam. La situación de los veteranos de guerra había generado un importante problema social en los EE.UU., por lo que se creó un contexto para identificar una categoría diagnóstica que reconociera el efecto psicológico de la experiencia vivida por éstos, y darle reconocimiento y legitimidad al sufrimiento experimentado, además de acceso a reparación y compensación a los exsoldados y civiles implicados en el conflicto bélico. En este sentido, se ha planteado que la categoría de estrés postraumático sería funcional a necesidades de determinadas personas de verse y ser vistas como víctimas y de justificar médica y psicológicamente sus impedimentos, incluso de recibir compensaciones económicas (Cova, Rincón, Grandón y Vicente, 2011).

Siguiendo los desarrollos citados, se ha demostrado que la respuesta traumática no es exclusiva de la presencia de un evento traumático, si bien en general se ha observado que la intensidad del evento muestra relación con la probabilidad de que la respuesta traumática se presente. Se ha observado que eventos no previstos como traumáticos pueden producir desarrollo de los síntomas de estrés postraumático. Por ejemplo, conflictos de pareja, infidelidades, divorcio, problemas laborales y económicos, duelos, etc. Por esta razón, como se ha expuesto, hay ciertas dudas sobre la propia existencia de esta categoría diagnóstica, en el entendido de que la misma tipifica un cuadro que es muy discutido, ya que como se ha dicho los síntomas desarrollados por el acontecimiento traumático remiten en la mayoría de las personas con el paso del tiempo. Pero además porque existen personas que no habiendo sufrido un hecho traumático de la naturaleza que especifica el DSM-IV para producir tal trastorno, han experimentado síntomas de TEPT.

Es por esta razón que consideramos que se debe actuar con mesura acerca del tema, si bien la tipificación del cuadro clínico puede ser de utilidad desde el punto de vista del psicólogo, el psicólogo debe enfocarse en mayor medida a encontrar fortalezas, apuntalarlas y resaltarla, así como debilidades para identificarlas y ofrecer alternativas al paciente, no debiendo tener como prioridad un afán diagnóstico en el trabajo con víctimas de situaciones traumáticas.

En esta línea, se puede pensar que la evolución de la tipificación de TEPT como categoría

diagnóstica ha perseguido fines básicamente sociales y corporativos, insertos en determinados contextos históricos que han dejado de lado la investigación sobre el tema. En este marco es que se ha tenido que hacer lugar para la estadística, que muestra que la mayoría de las personas que experimentan situaciones extremas, si bien experimentan los síntomas que se describen en el DSM-IV (APA, 1994), la mayoría de ellos remite con el paso del tiempo. Es importante señalar que existe un estrecho vínculo, a nuestro entender, entre las reacciones catalogadas como síntomas del TEPT que se producen cuando una persona vivencia una situación traumática con reacciones psicológicas y fisiológicas adaptativas normales, modos de afrontamiento del individuo que permiten que éste pueda transitar tal situación. Prueba de ello es que la última revisión del DSM-IV (APA, 1994) incorpora respuesta subjetiva del individuo; con esto se reconoce que no existe una reacción unánime al acontecimiento traumático y que cada persona afronta de forma diferente la situación vivenciada. Muchas de las personas víctimas de situaciones extremas no experimentan los síntomas característicos del TEPT y la mayoría de las personas que los han experimentado han remitido por sí solas.

PRINCIPALES REACCIONES Y EMOCIONES ASOCIADAS AL TRAUMA

Fernández-Abascal (2011) señala que las emociones constituyen el proceso responsable de conservar la capacidad de resistencia, sea biológica o psicológica. Pero hay ocasiones en las que las emociones tienen un papel desadaptativo y por ende contribuyen a afectar la salud del individuo. El estrés proporciona la activación que la persona necesita para hacer frente a las exigencias del medio en el que vive, pero también puede desorganizar y hacen sufrir a quien lo experimenta. Las emociones influyen en cómo y qué piensa el individuo. La función principal es su adaptación al medio, preparan al organismo para la acción, además tienen la función de comunicar los estados de ánimo y facilitan llevar a cabo conductas humanas.

Anestesia emocional

Una de manifestaciones del trauma es una anestesia emocional. Se trata de un embotamiento que impide a la persona expresar sentimientos y emociones a otros. Si bien tiene como fin proteger a la víctima (a modo de mecanismo de defensa, ya que se evita depositar confianza y afecto en los demás), esto hace que exista una pérdida de identidad en la persona y provoca soledad, aislamiento social y emocional. Superar esta situación emocional requiere una rutina progresiva, en la que se vuelva a adquirir una identidad personal y en la que se logre tener relaciones sociales. Por tanto, es tarea del terapeuta impulsar al paciente a salir a la calle (como forma de abandonar su aislamiento), a saludar a las personas más conocidas y a interesarse por ellas de algún modo, además de animarlo a hablar de sí mismo, a hacer un esfuerzo por compartir algunas alegrías colectivas (como en cumpleaños, en fiestas, en eventos deportivos,

etc.) y a que éste pueda gratificarse con logros propios que vaya obteniendo, aunque éstos sean pequeños (Echeburúa, 2009).

En tanto la expresión emocional debe hacerse de un modo progresivo (sobre todo en el ambiente familiar o con conocidos), también se tiene que comenzar a compartir emociones de alegría y de tristeza en situaciones cotidianas; esto, al principio, puede resultar forzoso porque no siente dichas emociones, pero luego va a contribuir al desbloqueo emocional. De esta forma, la persona va a adquirir gratificaciones y va a poder concretar el restablecimiento de las relaciones: esto llega espontáneamente. Estaría de más decir que esto es diferente en cada paciente, ya que depende del momento en el que se encuentre, del proceso terapéutico, así como también del vínculo comprometido entre paciente y terapeuta.

Irritabilidad

Como ya se ha dicho, las personas que no han podido superar o elaborar situaciones traumáticas a menudo experimentan irritación. Fernández-Abascal (2011) afirma que la ira es un sentimiento que surge cuando una persona se ve sometida a alguna situación que le produce frustración o que le resulta aversiva. Plantea además que la ira es un afecto primario que dota de energía y que facilita el relacionamiento del individuo con su medio, por lo que no se debe hablar de emoción negativa, puesto que es adaptativa y su afloramiento, en mayor o menor medida, tiene que ser acorde a los estímulos del entorno.

Esta emoción, como el resto, es necesaria. La ira es una emoción útil en manos de una persona que la sabe controlar y usar cuando la necesita. Las víctimas de situaciones traumáticas experimentan explosiones de ira, aun de ira generalizada, que es una ira desadaptativa, basada, sobre todo, en ideas de venganza o frustración por la situación vivida: la persona no puede reaccionar, de forma de evitar lo sucedido. El manejo de la ira va a depender de la personalidad del afectado y también de su forma de solucionar los conflictos diarios, de su contexto familiar y social; se debería guiar al paciente para que pueda manejarla y canalizarla.

Existen diferentes técnicas para canalizar la ira, para evitar que ésta se descontrole y para evacuar la tensión que produce la vida diaria, los problemas, las discusiones, el estrés, la tristeza, etc. (Echeburúa, 2009). En tal sentido, es de total cuidado del terapeuta ayudar a canalizar la ira del paciente traumatizado, ya que la falta de control que tiene sobre ésta le produce conductas desadaptativas que, a su vez, pueden causar que el paciente se autoperciba como desadaptado, lo que genera que se sienta incapaz de relacionarse con su entorno.

Ansiedad

La ansiedad es una emoción que cumple la función de proteger a la persona de los peligros existentes y se expresa por medio de síntomas físicos, como el sudor, dificultades respiratorias,

rubor facial, aceleración de los latidos del corazón, etc. Todo esto se da cuando la persona se siente en peligro, ya sea real o imaginado.

Cuando la respuesta de temor se activa ante situaciones que no generan peligro, estamos ante una ansiedad desadaptativa, ya que esta activación de la ansiedad de forma innecesaria genera que se desplieguen síntomas físicos no requeridos, porque no existe peligro. De mantenerse, se produce en la persona un desgaste excesivo de energía que repercute en su calidad de vida. Existen técnicas para controlar la ansiedad, basadas en el control de la respiración, la relajación muscular y la relajación mental mediante imágenes (Echeburúa, 2009).

La ansiedad es una emoción ligada a la anticipación de situaciones de peligro; no sólo actúa cuando la amenaza está presente, sino que la anticipa. Fernández-Abascal (2011) dice que la ansiedad se relaciona con el miedo, aunque éste es una de las emociones primarias que se encuentra en el desarrollo de la ansiedad. El miedo y la ansiedad se diferencian en el hecho de que el primero es una reacción a una situación de peligro concreta y real, mientras que la segunda es una reacción anticipatoria, es como un sistema de procesamiento de informaciones que resultan amenazantes para el individuo, que permiten movilizar anticipadamente acciones preventivas. La angustia es el sentimiento que produce la ansiedad; por esta razón, es importante controlarla, ya que como tal produce malestar en la persona y debido a la situación vivida la ansiedad pasa de ser una emoción adaptativa a ser desadaptativa y, más allá de eso, produce angustia. El manejo de herramientas clínicas adecuadas para regular la ansiedad puede ser un elemento importante para que el individuo pueda volver a tener una vida en bienestar.

Culpa

La culpa es una emoción reguladora del organismo. El malestar que genera a través del remordimiento sirve para evitar las situaciones que la producen o las conductas reparatorias cuando algo se ha hecho mal. La culpa se puede modificar con base en análisis e identificación de los factores que la crean. La culpa patológica se puede presentar, de forma enmascarada, a través de excesos de comida, de adicción a la droga, del alcohol, del trabajo, de conductas de riesgo, etc., ya que su reconocimiento consciente genera extrema angustia. Adecuado sería aceptarla y expresarla verbalmente (Echeburúa, 2009).

Es importante considerar que cuando se trabaja con sobrevivientes de situaciones extremas, más que de culpa hay que hablar de vergüenza por sobrevivir, sólo por el hecho de estar vivo. Existe culpa real o fantaseada por sentirse responsable por la muerte de otros (esto es, culpa por sobrevivir) y los casos en que la culpa en sí no existe, sobreviene un sentimiento de injusticia por la muerte de otros y por uno estar vivo (es decir, vergüenza por haber sobrevivido).

No es aconsejable trabajar terapéuticamente la vergüenza (por estar vivo), ya que ésta puede constituir una forma de recuerdo de las personas fallecidas o una forma de procesar el duelo, y el paciente lo puede vivir como agresivo. El terapeuta debe trabajar sobre la necesidad del paciente

(Pérez Sales, 2006).

Duelo

El duelo es una experiencia normal que sufre toda persona ante la pérdida de un ser querido: siempre que existan pérdidas hay trabajo de duelo. En las situaciones de catástrofe, de violencia, de desestructuración del medio como consecuencia del acontecimiento traumático, es necesaria la existencia de un duelo, que hay que elaborar, ya que existen pérdidas sufridas. La necesidad de elaborar el duelo reclama la participación del superviviente.

Pérez Sales (2006) plantea que las experiencias traumáticas ponen a personas normales en situaciones anormales, es por esta razón que las intervenciones psicosociales pretenden ayudarlas a enfrentar esas situaciones. El duelo es uno de los procesos de que consta el enfrentamiento de tales situaciones.

Lira *et alii* (1991) manifiestan que la elaboración de las pérdidas y de los duelos necesita que el paciente las asuma como realidades, como partes destruidas. Dicen, además, que muchas veces las personas no pueden perder el significado principal de lo ocurrido, de aquello que les ha permitido tolerar las múltiples pérdidas y sobrevivir (se refieren, en este caso, a víctimas de la dictadura). Sostienen que la conciencia se escinde entre el deber de morir y el deseo de vivir. Agregan además que en estos casos, la elaboración del duelo se vincula con una desidentificación con lo amado, perdido o muerto; a su vez, esto implica un proceso de diferenciación de sí mismos de lo muerto o de lo perdido.

Depresión

Para abordar la depresión, tenemos que hablar de la tristeza como una emoción normal que permite expresar el dolor y pedir ayuda. Resulta positiva siempre que su intensidad y duración sean adecuadas. Echeburúa (2009), al respecto, afirma que «la depresión se expresa a través de los siguientes síntomas: tristeza, llanto, desgano para realizar actividades cotidianas o para relacionarse con otras personas, lentitud, pasividad, apatía, alteraciones del sueño y de la alimentación, dificultades para dejar de pensar en el suceso ocurrido, etc.» (p. 149). Existen, según este autor, factores de mayor vulnerabilidad cuando se experimenta excesiva tristeza y se pasa por ende a una depresión: no implicarse en actividades placenteras, no disfrutar de la vida, sobreinterpretar los sucesos negativos, tener dificultades para relacionarse con otras personas o para resolver problemas. Para él la tristeza patológica no se mantiene si no se la alimenta, sea por medio de pensamientos negativos, básicamente, o de aislamiento (este último contribuye a que la persona alivie, a corto plazo, su malestar pero a la larga le impide disfrutar la vida).

Existen técnicas para superar la tristeza o situaciones negativas: cambiar los pensamientos negativos y equivocados (causantes de la tristeza) a través de su relocalización, determinar si son

realmente ciertos y luego buscar pensamientos alternativos. En este sentido, el trabajo terapéutico debe apuntar a demostrarle al paciente que los pensamientos no son una prueba de la realidad, puesto que el hecho de que la persona piense que la vida no tiene sentido no quiere decir que no lo tenga (Echeburúa, 2009). Otra técnica es la realización de actividades agradables; las personas víctimas de situaciones traumáticas se concentran sobre sí mismas, se encuentran desmotivadas para enfrentar cualquier actividad social o familiar. La solución a esto es proponerle al paciente que realice actividades gratificantes para desconectarse. Una última técnica útil es buscar lo positivo en las vivencias cotidianas, o sea, sacar lo positivo de lo vivido.

AFRONTAMIENTO

Lazarus y Folkman (1986, citados por Vázquez, Crespo y Ring, 2000) lo definen como «aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo» p. 426). Al parecer existen, según estos autores, dos tipos de estrategias de afrontamiento: unas dirigidas a la resolución de los problemas, a manejar o alterar lo que está causando el malestar y otras de regulación de las emociones, que son los métodos dirigidos a regular las respuestas emocionales ante el problema, por los que las primeras estarían dirigidas al medio y las segundas a sí mismos.

Es frecuente la existencia de reacciones positivas poco tiempo después del suceso traumático que haya vivido la persona; puede ser que a los pocos días el estado anímico general del individuo sea más positivo que negativo. De esto se desprende la importancia de no sesgar el diagnóstico de cómo reacciona la gente ante sucesos traumáticos, de modo que se pueda diferenciar lo normal de lo patológico (Vázquez, Crespo y Ring, 2000, p. 426).

El afrontamiento está vinculado a la interacción del sujeto con el medio y se trata del esfuerzo de un individuo para, mediante recursos propios de su conducta, enfrentarse o adaptarse a demandas internas y ambientales que pueden exceder sus posibilidades personales. Esto sucede cuando los intercambios entre el individuo y el entorno se desequilibran. El significado que le otorga a la situación sólo se explica por su biografía, sus relaciones actuales y también por su posición social. Quintana, Montgomery y Malaver (2009) estipulan que «Hay, en este sentido, dos tipos de estrategias de afrontamiento relacionadas con la posibilidad percibida por el sujeto de afectar o no la situación problemática: uno dirigido a la modificación del problema, hasta mutarlo en una versión que no suponga amenaza, y otro dirigido a la modificación de la emoción incapacitante, dejando intacta la situación» (p. 157). Estos autores plantean que existen personas de índole resiliente, que logran mantener un equilibrio emocional y de comportamiento, y que no son afectados en su vida cotidiana ante un suceso traumático; pasan, además, por un período de recuperación tras el trauma. Este fenómeno resulta ser un proceso adaptativo normal del ser humano (Quintana, Montgomery y Malaver, 2009).

Arnosó *et alii* (2011) plantea que las personas tenemos un conjunto de creencias esenciales sobre nosotros mismos, el mundo y los otros, con las que actuamos cotidianamente en nuestra vida. Éstas pueden ser alteradas parcial o transitoriamente por hechos traumáticos, ya que éstos cuestionan bruscamente nuestras creencias. Dichas creencias son implícitas, se basan en la experiencia emocional y se mantienen fuertemente a pesar de la adversidad y de las evidencias en contra. Este autor propone tres grandes grupos de creencias: 1) la benevolencia del mundo y los otros; 2) la naturaleza significativa y con sentido del mundo, y 3) la valía del *sí-mismo* o un yo digno de respeto. Las tres caracterizan las creencias básicas positivas del yo, del mundo y de los otros. Éstas pueden ser afectadas por hechos vitales traumáticos que movilizan afectivamente a la persona y que en consecuencia cambian su conducta. Los sucesos traumáticos rompen la relación entre el individuo y su entorno. Asimismo los traumas rompen las creencias en la bondad y en la confianza en la gente. El hecho traumático hace que disminuya el valor que las personas se otorgan a sí mismas. Arnosó *et alii* (2011) manifiesta que «quienes enfrentan sucesos traumáticos, en comparación con personas que no los han vivido, pueden tener una visión menos benevolente del mundo y una mayor desconfianza hacia los demás, así como desarrollar una imagen de sí menos positiva y creer menos que el mundo tiene sentido y propósito [...] pero se ha visto que este tipo de impacto es limitado» (p. 6).

No todos los sucesos traumáticos modifican estas creencias y cuando lo hacen el efecto es parcial, ya que afectaría sólo a algunas. Y esta afectación corresponde a diferencias de grado en las creencias, en un sentido menos positivo, no lo transforma en negativo. Resulta básico contraponer experiencias de reconstrucción a partir de dichas vivencias; entre ellas está disfrutar de algo, participar en grupos de apoyo mutuo, buscar grupos de referencia con ético o fuerte componente de compromiso, aportar su testimonio o realizar denuncias públicas o políticas del daño, etc. (Arnosó *et alii*, 2011).

A mediano y largo plazo, las personas tienden a reconstruir positivamente lo que ha ocurrido o a rescatar los aspectos positivos de los hechos y lo positivo de las experiencias traumáticas vividas para sí mismos. Las creencias positivas pueden diferenciarse justificando y minimizando la ocurrencia de hechos negativos en uno mismo o explicándolos de una forma que enaltece al yo y a la persona, reelaborando los aspectos positivos de la reacción y vivencia emocional, así como también reforzando el compromiso con creencias culturales cuando hay amenaza al sentido del mundo.

Las personas que han vivido situaciones traumáticas pueden encontrarle un sentido al sufrimiento vivido. Frankl (1991) afirma que cuando uno se halla con una situación inevitable o se enfrenta a un destino que no se puede cambiar hay que encontrarle un sentido al sufrimiento. Es decir, lo que importa es la actitud que el ser humano toma hacia el sufrimiento: el sufrimiento deja de ser sufrimiento en el momento en que se le encuentra un sentido.

En esta lógica es que tenemos que tener en cuenta la resiliencia de la persona, sus recursos

de afrontamiento y buscar la forma de que el paciente resignifique lo vivido, pudiendo ser esto, ya que no pudo ser evitado, una dificultad en su vida, de la que pudo salir y que contribuyó a fortalecer a la persona emocionalmente.

LA PSICOTERAPIA DEL TRAUMA

En primer lugar el mero hecho de enfrentar un suceso traumático no necesariamente provocará un trauma que amerite psicoterapia; es más, sólo una mínima parte de las personas expuestas a situaciones de este tipo no lo pueden superar por su cuenta, con sus propios recursos, por lo que nuestro foco está puesto en aquella minoría, en quienes necesitarán de la psicoterapia para superar el estrés postraumático.

Entendemos la intervención terapéutica como aquella en la que por medio del acompañamiento terapéutico y de las herramientas teórico-técnicas el profesional puede ayudar a reconstruir la relación con el entorno y la imagen que de sí misma tiene una persona que ha vivido una situación traumática y que no ha podido resolverla. En este sentido, entendemos necesario señalar el papel del terapeuta, puesto que éste, más que en otras terapias, deberá tener un buen manejo de sus propios recursos psicológicos, como son la ansiedad, el respeto de los tiempos del paciente, su silencio, la angustia, etc. En toda psicoterapia el rol del terapeuta y el vínculo que éste entabla con el paciente son clave. Por esta razón, de sobremanera en la psicoterapia del trauma se requiere un tipo de vínculo aún de mayor calidad para evitar provocar iatrogenia.

Cuando hablamos de psicoterapia debemos tener claro que el factor humano, la actitud del terapeuta como dijimos, son clave para generar confianza, para lograr éxito en la terapia, dado que cualquier técnica psicoterapéutica por sí sola no tiene ningún tipo de utilidad.

El aporte en lo que tiene que ver con ideas y los consejos debe hacerse en el momento indicado de acuerdo a la problemática del paciente. Las personas víctimas de situaciones traumáticas requieren, por parte del terapeuta, de intervenciones medidas pero activas. El terapeuta debe poder enfatizar con los estados de ánimo del paciente, pero sin ser afectado por éstos, pues este tipo de situaciones poseen un contenido afectivo avasallador. El rol del terapeuta no es el de un mero «escucha» pasivo e inerte dueño de un supuesto conocimiento sobre el otro, sino el de alguien que puede acompañar y guiar. El psicoterapeuta deberá ser guía en lo que tiene que ver con el restablecimiento de la confianza en los que la rodean; como dice Echeburúa (2009), «hay algunas características que facilitan la alianza terapéutica: equilibrio emocional, el sentido común, la tolerancia, la ausencia de rigidez y las ganas genuinas de ayudar» (p. 135).

Franklin (1991) sostiene que se debe tener el valor de mantener diálogos socráticos, si quiere no sólo tratar con enfermedades, sino con seres humanos; en tal sentido, la duda sobre el sentido de la vida, sobre la falta de sentido de ésta, no es una enfermedad, en tanto el profesional debe comprometerse a interesarse más allá de la enfermedad somática y psíquica, por la dolencia

espiritual del paciente como ser humano y no como enfermo.

En este camino es evidente que las personas que han vivenciado una situación traumática han perdido cierto grado de sentido por la vida porque este ha afectado sus creencias sobre el mundo hasta su propia identidad.

Lo primero que debemos generar es un vínculo terapéutico de confianza y seguridad con el paciente. Es por esto que el punto inicial y decisivo estaría dado por la construcción de un vínculo terapéutico que podría denominarse *comprometido* como forma de diferenciarlo de otros. Lira *et alii* (1991) manifiestan que, si bien hablan de víctimas de torturas políticas, esto es también generalizable a otros sucesos traumáticos, ya que lo que está en juego es la confianza en los otros, es lo que está quebrado en el paciente. Es indispensable respetar los tiempos y las pausas, los límites del paciente, evitando transformar la reconstrucción del trauma en una retraumatización: «la simple catarsis como objetivo terapéutico no basta. Potencialmente puede re traumatizar al paciente si solo lo inundan las emociones y los recuerdos que no puede elaborar, y lo colocan nuevamente en la condición de víctima» (Lira *et alii*, 1991, p. 4).

Asimismo, Echeburúa (2009) dice que la escucha desempeña un rol fundamental en la terapia, pero que es aún mayor en el trabajo con personas que fueron víctimas de situaciones traumáticas. La escucha activa en un ambiente que sea tranquilo, en la absoluta confidencialidad, permite la expresión emocional y desempeña un papel especialmente importante. La víctima debe, en el contexto de la terapia, hacerse consciente de recursos psicológicos que ha empleado en otras circunstancias difíciles de su vida y, de esta forma, tener una visión positiva en torno a su recuperación.

Es por ende una escucha activa y de intervenciones que permitan devolver al paciente «zonas de fortaleza» en su personalidad la que le han permitido sobrevivir a lo sucedido con cierto grado de equilibrio. Las intervenciones serán sin duda medidas y requerirán de certeza y experiencia.

Los puntos a abordar en la terapia están enfocados a corregir las creencias distorsionadas y a abordar las reacciones fóbicas, así como los sentimientos de culpa, además de reorganizar la red familiar y social del paciente (Pérez Sales, 2006).

Uno de los puntos neurálgicos está dado por el criterio de verdad; en este caso (como en cualquier psicoterapia), si bien la verdad existe debido a que sucedieron ciertos hechos objetivos y que no se pueden negar, en psicoterapia debemos trabajar con aquello que la persona trae a la terapia, o sea, con su visión subjetiva de lo que ha ocurrido, con su narrativa sobre sí mismo y sobre los hechos, y con la construcción de una verdad que para él (o ella) sea soportable y que le permita vivir. Además, el terapeuta no necesitará saber la verdad de lo ocurrido para ayudar al paciente.

La narración de los hechos ocurridos no es un requisito necesario en el tratamiento de personas expuestas a situaciones traumáticas. Tal es así que esto no está indicado en las primeras entrevistas. Una situación de este tipo podría ser aún más inconveniente en situaciones

de abuso sexual (salvo que exista un deseo del paciente), ya que con forzar una narración de los hechos se profundiza en detalles que producen dolor, angustia y vergüenza.

Es más importante dirigirse hacia ellos con atención, explorar las narrativas que el paciente tiene sobre lo ocurrido buscando las fortalezas, así como la culpa, la rabia, la tristeza que pueden ser disfuncionales en el futuro (por ejemplo, la culpa); se deben buscar alternativas para entender lo que ha sucedido (Pérez Sales, 2006). No es conveniente propiciar las narraciones de los hechos hasta que en la terapia estén dadas las condiciones para que la persona los pueda reelaborar. Esto significa que a la persona le puede ser útil traer a la memoria los hechos vividos y que, además, esté de acuerdo en narrarlos en alguna medida. Para que estén las condiciones dadas, debe haber un vínculo de apoyo que permita acompañar el proceso de reconceptualización; es recomendable no abrir temas dolorosos que pudieran quedar en la mitad. Si no se dan dichas condicionantes, es mejor pedir al paciente que no narre los hechos; esto incluso mejorará el trabajo en las siguientes sesiones y conferirá mayor trascendencia y tensión terapéutica al momento de la narración. Las repeticiones estereotipadas de manera mecánica que no poseen resonancia afectiva no son ventajosas como herramienta de trabajo terapéutico. Debe haber un período de trabajo y de maduración antes del momento del recuento de hechos, ya que se debe crear un vínculo sólido y condiciones para narrarlos. Pérez Sales (2006) dice que «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» (p. 123).

Este autor hace notar el cuidado en las formas cuando se trabaja con supervivientes de hechos traumáticos, y uno de los primeros pasos es pedirles permiso para entrevistarlos. Es importante que el paciente hable de lo que él crea que puede servir para trabajar juntos, no existe la necesidad de hablar de lo todo lo ocurrido. También es importante ofrecer opciones que le permitan parar la entrevista o dejarla para una próxima sesión si el paciente no se siente en condiciones de hablar; también hay que ofrecerle la opción de escribir o dibujar, como forma de sacar a la luz algunos temas.

Como una de las características que definen el hecho traumático es lo incomunicable, lo inexplicable y lo incomprensible de la experiencia, el terapeuta debe asumir la imposibilidad de entender, ya que esto puede ser perjudicial. Asumir esta imposibilidad propiciará poder escuchar y acompañar: no es necesario entender (Pérez Sales, 2006).

Una de las primeras dificultades a abordar son las regulaciones emocionales y los problemas interpersonales; esto va a aportar para continuar con el seguimiento psicoterapéutico. Algunos de los objetivos terapéuticos primarios son la ansiedad y el miedo, la ira, la culpa, el embotamiento emocional y la desconfianza en los demás.

Con respecto al diagnóstico, es importante tener en cuenta que, en los casos en los que se ha mantenido por meses o años el suceso traumático, no se presentan con la tríada primaria (imágenes intrusivas, estado de alerta y conductas de evitación), sino con depresión, alteraciones

del sueño, distanciamiento emocional o abuso de alcohol (Echeburúa, 2009).

Psicoterapia cognitiva comportamental de exposición

La terapia de exposición a los recuerdos pregona que el paciente se exponga a los miedos y recuerdos. La exposición prolongada a los recuerdos traumáticos desactiva el miedo que éstos producen y le permiten al paciente pensar y hablar sobre lo ocurrido, lo que posibilita el reprocesamiento emocional de los elementos cognitivos del suceso. Se trata de digerir emociones que se han experimentado como causa del suceso desbordante, que es la situación traumática (Echeburúa, 2009).

Se parte de la base de que el suceso provocó una sobreestimulación emocional que no pudo ser tramitada por el individuo. Esta terapia consiste en recordar y verbalizar lo que sucedió, de forma que las imágenes desordenadas y caóticas que se encuentran en la memoria emocional puedan ser ubicadas en un espacio-tiempo, y ser integradas a la memoria verbal y que pasen a ser parte de la biografía del paciente. Con esto se busca que el paciente mismo tenga un control sobre sus recuerdos; además esto produce una posible discriminación en los estímulos ambientales, por lo cual percibe que no todos son peligrosos. En este sentido se generan cambios a nivel de la conducta, de la cognición y de lo fisiológico: la persona los vive con un mayor bienestar psicológico. En la terapia de exposición juega un rol preponderante la calidad de la relación psicoterapéutica entre el terapeuta y el paciente. La confrontación con las vivencias e imágenes del suceso traumático debe hacerse de forma gradual, siempre desde aquello que causa menos dolor y evitación a lo que más dolor provoca. La terapia de exposición a los pensamientos tiene procedimientos particulares a la hora de confrontar al paciente con los recuerdos como, por ejemplo, a través de la habituación y de la exposición a ellos.

Echeburúa (2009) plantea que, en una sesión terapéutica de aproximadamente sesenta minutos, se le debe solicitar al paciente que cierre los ojos y que en voz alta recupere los sucesos dolorosos del trauma de forma vivida, como si estuvieran ocurriendo en ese momento. El paciente debe contar con detalle lo que piensa y lo que siente; esto será grabado para que luego el paciente como tarea lo escuche diariamente. Para ello es clave el rol del terapeuta como contención: tiene que brindarle la seguridad de que nada va a pasar y de que posee libertad para experimentar llanto, vergüenza, ira, etc. De este modo, el paciente se enfrenta a sus recuerdos y sobre todo a los miedos que le generaron esas situaciones, que han de ser enfrentados para ser asimilados.

Como ya hemos mencionado, las personas expuestas a situaciones extremas se encuentran en un estado de desconfianza con su entorno y con un nivel de acumulación de sufrimiento que los hace especialmente vulnerables. Es por esta razón que la terapia antes descrita sólo será posible habiéndose entablado un vínculo terapéutico seguro y teniéndose una visión clínica de lo que el paciente podrá resistir en tal intervención y de que ésta le generará bienestar psicológico.

En cuanto al tratamiento podemos agregar que hay concordancia de que la terapia de exposición parece la más efectiva sobre todo en el tratamiento del TEPT. Sin embargo, las personas traumatizadas con niveles altos de evitación son muy reacias a exponerse a los recuerdos traumáticos. La exposición debe ser gradual, ya sea en imaginación o por escrito a las situaciones temidas, y se debe comenzar desde las más fáciles de afrontar. Es también tarea del terapeuta enseñarle a la persona cómo afrontar los recuerdos e imágenes mentales, sentimientos y pensamientos negativos sin sentirse abrumado por ellos. Los recuerdos en sí no desaparecerán, pero se podrán de a poco hacer más manejables, de forma que no den lugar a emociones tan intensas y dolorosas, sino a emociones que, aunque pueden llegar a seguir siendo negativas, se pueden volver más fáciles de soportar y a su vez menos intensas. La persona tal vez podrá sentir enojo al recordar ciertas situaciones, pero no rabia o deseos de destruir o atacar. En sí se busca que una vez que el paciente haya transitado por esta técnica, vaya teniendo una percepción más realista del mundo y de las personas que lo rodean, que su visión de sí y del mundo no esté teñida por la situación traumática vivida. La exposición a los recuerdos de la situación traumática sería efectiva debido a que de la habituación a dichas imágenes y emociones conducirá a la habituación de las amenazas temidas por los pacientes.

En este sentido, se puede pensar que cualquier estímulo relativo al trauma, sea interno, como un recuerdo o sensación, o externo, como un ruido imprevisto, un aniversario, puede poner en marcha la reexperimentación del suceso traumático vivido y llevar a la persona a adoptar conductas de protección y de defensa. Esto, debido a que el trauma se percibe como una amenaza real y actual para la vida o para la integridad de una persona, sea ésta física o psicológica o ambas. Con el fin de reducir la ansiedad y los recuerdos del suceso traumático vivido, la terapia de exposición a los recuerdos traumáticos utiliza la presentación de los estímulos temidos por el paciente. Esto produce habituación a esos recuerdos y sensaciones y por ende, lógicamente, produce una baja en la ansiedad, la irritabilidad y demás reacciones emocionales relativas al trauma.

Psicoterapia con EMDR

Entre las técnicas psicoterapéuticas para el trabajo con personas que han pasado por situaciones extremas, tenemos el EMDR, que fue la primera de un grupo de terapias que, en principio, no recurrían a la narración de las experiencias traumáticas, sino que trataban de integrar de forma rápida los recuerdos traumáticos de los hechos vividos. Esta técnica busca que el paciente con trastorno por estrés postraumático se centre en las emociones, en las sensaciones y en el significado que tuvo la experiencia traumática, al tiempo que sigue la mano del terapeuta, quien induce movimientos oculares lentos. Esta técnica ha sido considerada por la Sociedad Internacional para el Estudio del Estrés Postraumático como un tratamiento muy efectivo para este trastorno. El EMDR sintetiza elementos de varios modelos psicológicos, como el

psicodinámico, el cognitivo, el conductual, el experiencial y el de orientaciones corporales. Es una técnica neuropsicológica que permite restablecer cierto equilibrio interno, logrando que la información no digerida sea asociada al trauma y revivida de diferentes formas, de manera repetida, afectando al paciente aunque lo ocurrido se encuentre muy lejano en el tiempo (así como también pueden ser situaciones actuales); así se la desensibiliza, procesa e integra para que la persona pueda adaptarse al presente (Pérez Sales, 2006).

El modelo de intervención EMDR fue propuesto en 1987 por la Doctora Francine Shapiro y desde entonces se ha aplicado con éxito. Esta terapia ha demostrado ser muy útil en el tratamiento de experiencias traumáticas. La técnica se orienta en la desensibilización y procesamiento de la información y las redes asociativas. Ésta plantea la existencia de un sistema en toda persona fisiológicamente preparado para procesar la información hasta que se llegue a una resolución adaptativa. En este sentido, los resultados terapéuticos de EMDR se corresponden con el descubrimiento de que a través de los movimientos oculares y el reprocesamiento de dicha información se reduce la vivencia de las imágenes estresantes vividas en la situación traumática. Esto se produce por medio de cambios en la función visoespacial y la memoria de trabajo, lo que hace que se reduzca la intensidad de la emoción asociada a la imagen y al recuerdo traumático. Existen estudios que demuestran que después del tratamiento con EMDR los recuerdos se hacen menos vividos, es decir, tienen una carga emocional menor (Navas Torrejano, 2011).

Esta terapia ha traído consigo mucha controversia. Se cree que estos movimientos producen una estimulación cerebral bilateral que facilitaría el reprocesamiento de los pensamientos perturbadores y produciría cambios en las estructuras de la memoria y en las respuestas asociadas. Existen detractores de la técnica que aseguran que la estimulación bilateral, que se supone que es la base de la efectividad de la técnica, no tiene absolutamente ningún efecto. Pero, sin embargo, la efectividad ha quedado probada en numerosos estudios. Si bien la técnica se ha mostrado eficaz, no lo es por las razones esgrimidas por sus defensores, sino que más bien parece deberse al efecto terapéutico del componente de exposición en la imaginación de las imágenes y recuerdos.

El EMDR es un enfoque psicoterapéutico que consta de ocho fases: 1) historial clínico y planificación del tratamiento, 2) preparación, 3) evaluación, 4) desensibilización, 5) instalación, 6) exploración del cuerpo, 7) fin del tratamiento y clausura, y 8) reevaluación.

Cada una de las fases tiene una función específica en la terapia EMDR. En la fase 1) se recaba información sobre los problemas del consultante, además de su historial médico y psicológico. La idea es conocer sobre el consultante para junto a éste poder tomar la mejor decisión sobre cómo comenzar el proceso de intervención terapéutica. Luego de cumplido esto, se delineará el plan de tratamiento junto al consultante, además de decidirse cómo ponerlo en práctica. La fase 2) se encarga de observar si el consultante tiene los recursos y las estrategias de afrontamiento para abordar la problemática que trae. Estos recursos son las formas en que maneja los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales perturbadoras. Durante esta

fase, se introducen los procedimientos del EMDR. La fase 3) es la fase de evaluación, en la que se decide sobre el problema que se va a trabajar, las imágenes que lo representa, las creencias negativas, cómo la persona desearía verse a sí misma en lo referente a la situación que le ha acontecido, o sea, creencia positiva, y dónde se localizan las sensaciones en el cuerpo. En la fase 4) se usa estimulación bilateral para solucionar el problema que se ha planteado, así como el material relacionado a éste. En la fase 5) conectamos la creencia positiva con el problema pasado, a fin de que ésta enlace con el antiguo problema. En la fase 6) hay que observar si queda algún malestar en alguna parte del cuerpo. En la fase 7) se debe hacer un cierre formal, y en la fase 8) se repasa la información para ver si ha surgido algo nuevo sobre lo que se necesita trabajar (Hensley, 2010).

Psicoterapia grupal

En la psicoterapia de personas expuestas a situaciones extremas se presentan ciertas características, más o menos generales, como ya se ha dicho; entre ellas se encuentra la desconfianza en las demás personas, sobre todo, en víctimas de abusos sexuales y de violencia doméstica, terrorismo, etc.; además, estas situaciones se caracterizan por ser inenarrables y por causar la pérdida de seguridad personal: se puede argumentar tanto a favor como en contra de la psicoterapia grupal. Un argumento en contra es que los hechos vividos por la persona fueron de un impacto tal que provocaron ciertas vivencias que obstarían dicha terapia de grupo. Básicamente, la desconfianza en los otros y la anestesia emocional como modo de protección; se hace necesaria una intervención individual que genere cierto grado de confianza y de apertura por parte del paciente (Echeburúa, 2009).

Sin embargo, la intervención grupal también sería provechosa. Algunos autores sostienen que antes debe haber una intervención individual. Obviamente, siempre hablando de personas expuestas a situaciones extremas, la psicoterapia grupal tiene la ventaja de que quienes participan han pasado por situaciones similares, sin importar que éstas hayan sido diferentes y vividas de forma subjetiva por cada uno. La psicoterapia grupal podría ser, en tal sentido, una intervención de segunda instancia, es decir, luego de que la persona haya pasado por una psicoterapia individual y de que haya tenido un beneficio importante en lo que refiere a la confianza personal y a los lazos sociales perdidos. Es provechosa en el sentido de la recuperación, debido a que en el proceso terapéutico cada uno de los participantes ve cómo el otro obtiene éxitos y logros, y esto estimula a los demás y da la sensación de se puede salir adelante.

Echeburúa (2009) plantea la homogeneidad de los integrantes de los grupos, en materia de tipo de trauma, de perfiles de los participantes, de edades y del número (deben ser entre cinco y diez integrantes). Además aconseja, sobre todo cuando el suceso ha sido extraordinariamente cruel y ha habido una alteración en la identidad personal, que «la acogida afectuosa, el contacto

físico consolador y el apoyo incondicional recibido de otras víctimas [...] pueden actuar como bálsamo para las profundas heridas emocionales» (Echeburúa, 2009, p. 132).

Los tratamientos de grupo proporcionan un lugar seguro en el que los integrantes pueden poner en palabras sus recuerdos, reconstruir la historia del trauma y los efectos que ésta tuvo sobre ellos (Pérez Sales, 2006).

Una postura similar pero con ciertos matices sobre el tema es la de Vallejo Samudio y Terranova Zapata (2009), quienes dicen que la psicoterapia de grupo con víctimas de situaciones traumáticas puede ser pensada independientemente de la naturaleza del trauma y también de la estructura del grupo. Esta terapia tiene por objetivo ayudar a los sujetos a controlar, manejar y transformar en el grupo las consecuencias que haya dejado la situación traumática. Esto puede lograrse por medio de la verbalización y la atención de las necesidades propias y de los demás integrantes del grupo, así como también de las emociones asociadas a ellas. Uno de los mayores problemas que pueden presentarse en los grupos es la reactivación del trauma, por tal motivo el terapeuta debe ofrecer a los sujetos aquellas cosas que la situación traumática no ofreció, como que el paciente pueda predecir con lo que se va a encontrar, por ende, debe haber una estructura clara, reglas básicas sobre la seguridad del grupo y el conocimiento constante de la alianza terapéutica. A los efectos de la organización de los grupos, éstos pueden conformarse de dos formas: grupos homogéneos que se centran en el trauma, ejemplo de esto son grupos con aquellas personas que han sido afectadas por la misma experiencia traumática. El proceso en este tipo de grupos tiene límite de tiempo, lo que promueve el acceso rápido del contenido emocional y evitaría fusiones regresivas. La segunda categoría corresponde a los grupos heterogéneos, que se organizan para que el proceso sea más a largo plazo y se centran básicamente en la exploración de las reactivaciones personales y en los cambios que ha habido en la personalidad luego de ocurrido el trauma, más que en el trauma mismo.

Siguiendo esta postura, la psicoterapia de grupo demuestra ser efectiva en las víctimas de trauma porque uno de sus principales efectos se da sobre las reestructuraciones de las relaciones interpersonales, como plantean otros autores ya trabajados. En la situación traumática fueron gravemente afectadas las relaciones interpersonales, ya que la situación vivida ha colmado los mecanismos de defensa de las personas. En tal sentido, el trauma ha invadido a la persona con un miedo profundo a hablar, por lo que es muy importante ser escuchado y comprendido por otras personas, por los que que han vivido situaciones similares, que estarían más capacitados para ello. La confianza y el expresar en un medio seguro sus sentimientos, afectos y pensamientos son aspectos muy importantes que contribuyen la terapia grupal. Además, ayudan a los individuos insertos en los grupos a crear y compartir una narrativa, no solamente de la situación traumática vivida, sino de sus propias experiencias personales, para que las personas puedan escucharlo y reflejarse en ellas (Vallejo Samudio y Terranova Zapata, 2009).

Estos autores plantean que la psicoterapia de grupo con énfasis psicoeducativo puede

resultar efectiva, ya que se enfoca en la exploración de los efectos del trauma sobre el sentido individual del sí-mismo, y en la exploración de los efectos del trauma en las relaciones interpersonales y, por tanto, en la búsqueda de formas para encontrarle un significado a la vida a pesar del trauma vivido.

CONCLUSIONES FINALES

Lo que aquí se ha desarrollado acerca de la intervención psicoterapéutica con personas expuestas a situaciones extremas es un somero pasaje por algunos autores que trabajan el tema. Se buscó un ordenamiento de determinadas herramientas de intervención, tal vez sencillas, pero reales. Lo que se ha trabajado tiene un hilo conductor vinculado a las intervenciones con personas víctimas de sucesos traumáticos, que ni por sí solas ni con los primeros auxilios psicológicos o apoyos familiares han podido superar o elaborar lo sucedido y, por ende, han desarrollado síntomas que ameritarían la intervención psicoterapéutica. Pero el recorrido enfatiza en explicar de qué se trata la situación traumática, como forma de adentrarse, luego, en la intervención.

Si bien habíamos pensado referirnos a técnicas psicoterapéuticas, este término tenía muchos peligros, ya que podía confundirse con un pantallazo sobre teorías psicológicas, sus conceptualizaciones del tema y sus respectivas tácticas. Pero buscábamos algo más práctico y útil, y es por esta razón que se trabajó desde el aporte de autores que evidencian una práctica clínica más cercana a la realidad de la situación vivida por la persona.

El trauma, como tal, y, sobre todo, en el caso del abuso sexual, estuvo en el tapete desde siempre; de hecho, el propio Freud a finales del siglo XIX comenzó su carrera con técnicas específicas para su tramitación y abreacción; luego, se internó en una teorización alejada de la realidad y de la practicidad clínica de la psicología. En esa línea es de destacar la importancia a nivel de la intervención psicoterapéutica, de poseer herramientas de amplia eficacia para la intervención con personas que vivenciaron situaciones extremas. Aquellas personas que no pudieron superar la vivencia de los sucesos vividos deben poder, a través de métodos terapéuticos específicos, elaborar dichos sucesos.

Es importante tener en cuenta que la intervención con personas víctimas de sucesos traumáticos tiene por objetivo permitir que el individuo pueda disminuir el sufrimiento psicológico, restablecer las conductas en relación a vínculos sociales familiares con el entorno, así como las reacciones fisiológicas. Es dable señalar que en lo que tiene que ver con la prevención en salud, los primeros auxilios psicológicos podrían coadyuvar en el apoyo a las fortalezas personales, con el fin de que, en los primeros momentos de configurados los hechos vividos por la víctima, reciba ésta cierto apoyo que le permita evitar el desarrollo de una problemática que necesite intervención terapéutica. No obstante esto, la psicoterapia viene a cumplir un rol importante en la actualidad, por dos razones que resultan principales: la primera es el alto porcentaje de sucesos

traumáticos al que se encuentran expuestas las personas, básicamente, de delitos violentos, abuso sexual, accidentes de tránsito con muertes inesperadas, entre otros. Estos porcentajes elevados producen que un mayor número de personas necesiten de intervención terapéutica, lo que requiere por parte de los psicólogos manejar conceptos relativos al tema y técnicas eficaces que logren aportar al paciente soluciones efectivas. Una segunda razón que asegura la necesidad de que exista un manejo de herramientas terapéuticas en referencia al trauma es el excesivo nivel de vulnerabilidad que vive la sociedad actual con respecto a los vínculos.

El ser humano se caracteriza por ser portador en su vida de temporalidad e historicidad: así es que la experiencia afectiva y cognitiva en los seres humanos está mediada desde la infancia por las narraciones sobre el pasado y lo que imaginamos que será el futuro; esto en base a las experiencias pasadas de la persona y las explicaciones que ha dado de ellas. En este sentido, como se ha visto, en el trauma hay una ruptura en las narraciones y éstas quedan centradas en los hechos vividos en ese acontecimiento, quedando el resto de la narración de su vida opacada por los hechos negativos del suceso vivido. Para poder ayudar a una persona a superar los recuerdos de los sucesos traumáticos desde el punto de vista psicoterapéutico, se debe facilitar la reconstrucción de nuevas narrativas de los hechos recordados e interpretados, que le sean alternativas saludables a los relatos anteriores y que signifiquen una reconceptualización de sí mismos y del mundo.

BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO GRIJALBA, E. (2007). *Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático: validación empírica de un programa de tratamiento* (Memoria de Doctorado inédita). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <<http://info.upc.edu.pe/librosdigitales/LD001536.pdf>>.
- ARNOSO, M., BILBAO, M. A., TECHIO, E., ZUBIETA, E., CARDENAS, M. y PÁEZ, D. (2011). *Violencia colectiva y creencias básicas sobre el mundo, los otros y el yo: impacto y reconstrucción*. En PÁEZ, MARTIN, BERISTAÍN, GONZÁLEZ, BASABE y DE RIVERA. (2011). *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz*. Madrid, España: Fundamentos.
- ARMAYONES RUIZ, M. (2014). *Técnicas de apoyo psicológico y social en situaciones de crisis: cómo desarrollar las habilidades adecuadas ante situaciones de emergencia*. Vigo, España, Ed. Ideas Propias.
- BENYAKAR, M. (1997). *Definición, diagnóstico y clínica del estrés y el trauma*. Disponible en: <<http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/893>>.
- (2006). *Lo traumático: clínica y paradoja*, tomo II. Buenos Aires, Argentina: Biblos.
- BLANCO, A. y DÍAZ, D. (2004). *Clínica y Salud*, 15(3), pp. 227-252. Disponible en: <http://www.ascofapsi.org.co/documentos/2010/v_catedra/sesion_2/blancoydiaz_2004.pdf>.
- CASTILLA DEL PINO, C. (1991). *La culpa*. Madrid, España: Alianza.
- COVA, F., RINCÓN, P., GRANDÓN, P. y VICENTE, B. (junio de 2011). «Controversias respecto de la conceptualización del trastorno de estrés postraumático». En *Scielo*, 3(49), pp. 288-297. Disponible en: <<http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v49n3/art10.pdf>>.
- CRUZ VILLALOBOS, L. (enero de 2012). «Posibles deconstrucciones del trauma. Una aproximación posmoderna». En *Rev. Sociedad y Equidad*, 3, pp. 172-194. Disponible en: <<http://www.anales-ii.ing.uchile.cl/index.php/RSE/article/viewFile/18216/19340>>.
- ECHEBURÚA, E. (2009). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid, España: Pirámide (Grupo Anaya, SA).
- ECHEBURÚA, E. y M. CRUZ (2003). «De ser víctimas a dejar de serlo: un largo proceso. En *Revista de Victimología*, (DOI1012827-RVJV-1-03), pp. 83-96. Disponible en: <www.revistadevictimologia.com>.
- ECHEBURÚA, E. y P. CORRAL (2005). «¿Cómo evaluar las lesiones psíquicas y las secuelas emocionales en las víctimas de delitos violentos?». En *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 5, pp. 57-73. Disponible en: <<http://www.masterforense.com/pdf/2005/2005art3.pdf>>.
- (2007). «Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué?». En *Psicología Conductual*, 15(3), pp. 373-387. Disponible en: <<http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/Intervenci%C3%B3n%20en%20crisis.pdf>>.
- ECHEBURÚA, E., SARASUA, B., ZUBIZARRETA, I. y P. CORRAL (2013). «Tratamiento psicológico de

- mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo». En *Anales de Psicología*, 29(1). Disponible en: <<http://revistas.um.es/analesps>>.
- (2013). «Tratamiento psicológico de mujeres víctimas de agresiones sexuales recientes y no recientes». En *La Vida Adulta: Psicología Conductual*, 21(2), pp. 249-269. Disponible en: <<http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/Psicolog%C3%ADa%20Conductual.pdf>>.
- FERNÁNDEZ-ABASCAL, E. (2011). *Psicología de la emoción*. Madrid, España: Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.
- FRANKL, V. (1983). *El hombre doliente: fundamentos antropológicos de la psicoterapia*. Barcelona, España: Herder.
- (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, España: Herder.
- HENSLEY, B (2010). *Manual básico de EMDR: desensibilización y reprocesamiento mediante movimiento de los ojos*. Bilbao, España: Desclee de Brouwer.
- LIRA, E., BECKER, D., ISABEL, M. y CASTILLO, P. (1991). *Psicoterapia de víctimas de represión política bajo dictadura: un desafío terapéutico, teórico y político, 1*. Disponible en: <<http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentaciongac/psiquiatria-psicologia-clinica-y-psicoterapia/trauma-duelo-y-culpa/109-psicoterapia-de-victimas-de-represion-politica/file>>.
- MARTÍN AYALA, L. y DE PAÚL OCHOTORENA, J. (enero de 2004). «Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas», 1(16), pp. 45-49. Disponible en: <<http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8186/8050>>.
- NAVAS TORREJANO, D. (marzo de 2011). «Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular (EMDR): una terapéutica para el estrés postraumático», 1(2), pp. 158-162. Disponible en: <<http://revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revcienciabiomed/article/view/76/71>>.
- PÉREZ SALES, P. (2004a). «El concepto de trauma y de respuesta al trauma en psicoterapia». En *Norte de Salud Mental*, 20, pp. 29-36. Disponible en: <http://www.pauperez.cat/component?option,com_docman/task,doc_details/gid,22/Itemid,8/lang,Castellano/>.
- (2004b). «La banalización del trauma». En *Jano*, 66 (10). Recuperado de: <http://www.pauperez.cat/component?option,com_docman/task,doc_details/gid,21/Itemid,8/lang,Castellano/>.
- (2006). *Trauma, culpa y duelo: hacia una psicoterapia integradora*. Bilbao, España: Desclee de Brouwer. Disponible en: <http://www.pauperez.cat/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=50&Itemid=8>.
- (2014). *Cuestionario V.I.V.O.: la medida del impacto psicológico de experiencias extremas: diseño, validación y manual de aplicación*. Madrid, España: Irredentos Libros. Disponible en: <www.psicosocial.net> (Grupo de Acción Comunitaria).
- (s.f.). «Reconceptualizar la psicología del trauma desde los recursos positivos: una visión alternativa». Disponible en: <<http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de>>

documentacion-gac/psiquiatria-psicologia-clinica-y-psicoterapia/trauma-duelo-y-culpa/106-reconceptualizar-el-trauma-desde-los-recursos-positivos-una-vision-alternativa/file>.

- QUINTANA, P., MONTGOMERY, A., WILLIAM, U. y S. C. MALAVER (julio de 2009). «Modos de afrontamiento y conducta resiliente en adolescentes espectadores de violencia entre pares». En *Revista de Investigación Psicológica*, 12(1), pp.153-172. Disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1609-74752009000100011&lng=es&nrm=iso>.
- VALLEJO SAMUDIO, A. y TERRANOVA ZAPATA L. (enero de 2009). «Estrés postraumático y psicoterapia de grupo en militares», 1(27), pp. 103-112 Disponible en: <<http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v27n1/art10.pdf>>.
- VÁZQUEZ, C., CRESPO, M. y RING, J. (2000). *Estrategias de afrontamiento*. En BULBENA, A., BERRIOS, G. y FERNÁNDEZ DE LARRINOVA, P. (Editores). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*, (pp. 425-446). Barcelona, España: Masson.
- VERA POSECK, B., CARBELO BAQUERO, B. y VECINA JIMÉNEZ, M. L. (2006). «La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático», 1(27). Disponible en: <<http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1283.pdf>>.