



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesinas de Belgrano

**Facultad de Humanidades
Carrera de Licenciatura en Psicología**

**Catástrofes y Salud Mental. Abordajes Teóricos
y Modalidades de Intervención**

Nº 140

Marcela Sassón

Tutora: Beatriz Gómez

Departamento de Investigación
Diciembre 2004

Indice

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO Nº 1:	
BREVE RECORRIDO POR LA HISTORIA DEL ESTUDIO DEL TRAUMA PSICOLOGICO	6
1.1 Trauma	6
1.2 Psicotraumatología	7
1.3 Historia de la Psicotraumatología moderna según la clasificación de Judith Herman	8
1.4 Perspectivas y nuevas direcciones para el futuro	10
CAPITULO Nº 2:	
DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE LOS TERMINOS CATÁSTROFE Y DESASTRE	10
2.1 Definiciones	10
2.2 Diversas definiciones y parámetros para evaluar las catástrofes	11
2.3 Clasificaciones	13
CAPITULO Nº 3:	
EL IMPACTO DE LAS SITUACIONES DE CATÁSTROFE Y DESASTRE	14
3.1 La situación de crisis	14
3.2 Evento traumático	15
3.3 Tipos de eventos traumáticos	16
3.3.1 Clasificación de Meichenbaum	16
3.3.2 Clasificación de Terr	16
3.4 Impacto de un evento estresante	17
3.5 Impacto de diferentes tipos de eventos traumáticos	18
3.6 Instrumentos diagnósticos para evaluar el impacto	19
3.6.1 Escalas que evalúan en adultos experiencias traumáticas generales	19
3.6.2 Escalas que evalúan traumas específicos	19
3.7 Efectos de los desastres	19
3.8 Tipos de pérdidas	19
3.9 Fases psicológicas del desastre	20
3.10 Aspectos culturales del trauma	20
3.11 El infierno como metáfora en el traumatizado	21
3.12 Lo disruptivo	22
3.13 El modelo de vulnerabilidad individual	24
3.14 Repensar una psicología desde los recursos positivos	24
3.14.1 Afrontamiento	25
3.14.2 Hardiness	26
3.14.3 Resiliencia	27
3.14.4 Sentido de coherencia	27
CAPITULO Nº 4:	
FORMAS DE RESPUESTA AL IMPACTO DE LAS SITUACIONES DE CATÁSTROFE Y DESASTRE	28
4.1 ¿Víctimas o damnificados?	29
4.1.1 Las indemnizaciones en situaciones de desastre	30
4.2 Las reacciones ante lo disruptivo	30
4.2.1 Respuestas Individuales y Colectivas	31
4.2.1.1 Reacciones Individuales	31
4.2.1.2 Reacciones Colectivas	32
4.3 Duelo en situaciones de catástrofe y desastre	34
4.4 Trastorno Por Estrés Postraumático (TEPT/ PTSD)	36
4.4.1 Factores De Riesgo	36
4.4.2 Consideraciones sobre el TEPT en distintos grupos de afectados	37
4.4.3 Consideraciones sobre el diagnóstico del TEPT. Descripciones clínicas	38
4.4.4 Definición del TEPT, según la CIE- 10 (OMS) y el DSM (APA)	40
4.4.4.1 Criterios diagnósticos del TEPT	40
4.4.5 Estrés postraumático y Estrés agudo: diferencias y semejanzas	42
4.4.6 Consideraciones críticas respecto del TEPT	42

4.4.7 Modificaciones del diagnóstico del TEPT presentes en el DSM- IV- TR	43
4.5 Trastorno por Estrés Extremo (TEE) o TEPT Complejo	43
4.6 Desordenes por disrupción	44
4.6.1 Síndrome de ansiedad por disrupción (SAD)	44
4.6.2 Descripción del SAD	45
4.6.3 Rasgos específicos y comunes con otros síndromes	46
4.6.4 Particularidades del SAD	47
4.7 Crecimiento Postraumático	47
4.8 Modelo del Cambio Personal aplicado a situaciones traumáticas de Janoff- Bulman.	49
CAPITULO Nº 5:	
INTERVENCIONES EN SITUACIONES DE CATÁSTROFE Y DESASTRE	
Primera Parte: Abordajes De La Situación De Catástrofe Y Desastre	50
5.1 La población asistida	50
5.2 Programa de salud mental en situaciones de catástrofe y desastre	51
5.2.1 Prevención a largo plazo	51
5.2.1.1 Los actos de entrenamiento	51
5.2.2 Prevención en la situación crítica	52
5.2.3 Consideraciones respecto de la programación de la asistencia de la salud mental durante y después de un desastre	52
5.2.3.1 Proceso de planificación de los servicios de salud mental	52
5.2.3.2 El equipo de salud mental	53
5.3 Intervención Psicológica después de desastres	54
5.3.1 Los tipos de intervención según las fases después del desastre	55
5.3.2 Modelo de Intervención en Desastres Masivos de J. Inbar	55
5.3.2.1 Intervenciones en la etapa de post-impacto	57
5.3.2.2 Estrategias de extensión social y comunitaria (Reaching out)	57
5.3.3 Principios de intervención en catástrofes: El modelo de las nueve « W « en la intervención en catástrofes de Mordechai Benyakar.	58
5.3.4 Los Modelos de Intervención en crisis	61
5.3.5 Debriefing (Cuestionamiento Psicológico o Indagación Psicológica)	65
5.3.5.1 Metodología	66
5.3.5.2 Objetivos	66
5.3.5.3 El debriefing paso a paso: fases y etapas	67
SEGUNDA PARTE:	
ABORDAJE de las consecuencias negativas y positivas de la situación de catástrofe y desastre	69
5.4 Consideraciones respecto del abordaje del TEPT	69
5.4.1 Principios básicos del tratamiento	69
5.4.2 Integración de recursos terapéuticos	69
5.4.2.1 Farmacoterapia	69
5.4.2.2 Tratamientos Psicosociales	70
5.4.2.2.1 Enfoques Tradicionales	70
5.4.2.2.2 Enfoques Modernos	71
5.4.3 Abordajes innovadores en el tratamiento del trauma psicológico	74
5.5 Consideraciones respecto del abordaje de las «Patologías por Disrupción»	75
5.6 Intervenciones en situaciones de duelo	75
5.7 Influencia de las intervenciones «patogénicas». Hacia un posible cambio de modelo	77
5.8 Consideraciones generales de las intervenciones orientadas a facilitar el crecimiento postraumático	77
CAPITULO Nº 6:	
ACERCA DE LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL	
6.1 Haciendo un poco de historia	78
6.2 Traumatización vicaria, estrés traumático secundario o desgaste por empatía	79
6.3 El Programa de Recuperación Acelerada	82
CONCLUSIÓN	83
Referencias Bibliográficas	85

Resumen

Partiendo de múltiples marcos teóricos se realizó una revisión bibliográfica acerca de las situaciones de catástrofe y desastre. Para ello, en primer lugar, se realizó una revisión histórica de la evolución del campo de la psicotraumatología. En segundo lugar, se llevó a cabo una conceptualización de los términos «catástrofes» y «desastres» planteando distintos puntos de vista. A partir de esta primera parte que permitió introducirse en la temática, se puso especial énfasis en la comprensión del impacto que estas situaciones son capaces de generar, así como también, en los distintos modos de reacción que los afectados, en función de una serie de factores individuales, sociales y culturales, pueden desarrollar ante las mismas. Luego, se investigaron los modos de intervención existentes para abordar, tanto las situaciones de catástrofe y desastre, a corto y largo plazo, como así también, las consecuencias negativas y positivas de tales situaciones. Finalmente, se contemplaron las consecuencias que implica, para los profesionales de la salud mental, brindar asistencia en situaciones de esta naturaleza.

Introducción

La existencia humana esta marcada por toda clase de eventos, algunos de los cuales son tristes, violentos o peligrosos. Ninguna nación, ningún pueblo está protegido de catástrofes naturales o de actos violentos producidos por el hombre (Flannery, 2003).

Actualmente, se está viviendo un momento de profunda crisis social en distintos órdenes. Se ven surgir diversas formas de violencia, que golpean de manera directa a un número cada vez mayor de personas, ataques con misiles, bombas en edificios, guerras étnicas o religiosas, autobombas, son todas manifestaciones de la agresión (Benyakar, 2003a).

Los comienzos de este nuevo milenio, enfrentan a los profesionales de la salud mental con una multiplicidad de situaciones de urgencia a las que se debe asistir. Se debe enfatizar el desarrollo de programas de salud mental flexibles, y con la capacidad de ser adaptados a cada situación.

Estas situaciones ocasionan consecuencias de todo tipo como la muerte, secuelas físicas y un gran sufrimiento psíquico en los afectados. Algunas personas llegan a superarlo rápidamente; otras tienen más dificultades y quedarán marcadas por el traumatismo durante toda su vida (Flannery, 2003).

Janoff Bulman (1985) ha demostrado que algunas creencias básicas se ponen en juego con la experiencia de violencia. El mundo ya no parece seguro ni controlable.

El potencial patogénico de estas situaciones es enorme en tanto no se actúe adecuadamente antes, durante y después de los acontecimientos.

Según Benyakar (2003b) las diversas reacciones psicológicas desencadenadas ante acontecimientos catastróficos han sido descritas desde la antigüedad y, sin embargo, su análisis científico es muy reciente. Las situaciones de catástrofe, por la naturaleza extremadamente amenazante para la vida de los individuos, hacen casi imposible distinguir hasta qué punto las reacciones que ocasionan son normales o son patológicas.

Frente a un evento externo, como una catástrofe natural, guerra o un atentado terrorista, el psiquismo reacciona de distintas maneras. El trauma es sólo una forma de respuesta. Por tanto, no siempre una situación amenazante produce un trauma. El síndrome de estrés postraumático no describe lo que les ocurre a todas las personas que enfrentaron una situación de esta naturaleza. Un mismo hecho puede traumatizar a uno y a otro no.

Calhoun y Tedeschi (1998) consideran el crecimiento postraumático como una respuesta bastante común a la pérdida. Desde esta perspectiva, se enfatizan los recursos y capacidades que disponen las personas para afrontar estas situaciones extremas. Entre ellos se encuentran los conceptos de resiliencia, hardiness, sentido de coherencia, etc. Un modelo salutogénico considera los beneficios y cambios positivos luego de una situación extrema. Desde este punto de vista, se considera la capacidad del individuo para incrementar su fuerza interna y resignificar la situación (Violanti, 2003).

Hipótesis:

1. Tras un evento crítico no todas las personas se ven afectadas de la misma manera, ni responden a la situación de igual manera.
2. La exposición a una situación crítica no conduce «obligatoriamente» al desarrollo de síntomas postraumáticos.

3. Las experiencias de tensión extrema «pueden» representar para el individuo una oportunidad de crecimiento y superación.

Objetivo general:

Estudiar bibliográficamente las situaciones de catástrofe y desastre desde una perspectiva teórico-clínica.

Objetivos específicos:

1. Hacer un breve recorrido histórico de la evolución de la psicotraumatología.
2. Realizar una delimitación conceptual, a través del material bibliográfico, de los términos catástrofe y desastre.
3. Explorar el grado de impacto que las situaciones de catástrofe y desastre pueden ejercer en las personas afectadas y las distintas respuestas que se pueden implementar, atendiendo a los recursos adaptativos individuales, sociales y culturales.
4. Explorar las distintas modalidades de intervención que es posible implementar para abordar las situaciones de catástrofe y desastre, y sus consecuencias en las personas afectadas.

Se considera esta temática de suma importancia debido a que, por un lado, puede aportar una mejor comprensión de los diversos enfoques que se han propuesto —en especial en los últimos años— para abordar terapéuticamente aquellas situaciones de crisis extremas como lo son las catástrofes y desastres; y por otro lado, permite reflexionar de manera crítica acerca de determinadas concepciones muy arraigadas en la psicología. Estas se refieren a la concepción de lo traumático, al trastorno de estrés postraumático, y al punto de vista «patogénico» desde el cual no se suelen tener en cuenta las facultades individuales que permiten enfrentar con eficacia estas situaciones, ni las consecuencias positivas de las mismas.

Además, es posible mencionar que dados ciertos eventos acontecidos en estos últimos días (el atentado en los trenes de Madrid) sumados a los ya perpetrados pocos años atrás (AMIA en Argentina, Torres Gemelas en Nueva York, etc.), esta temática ha cobrado vigencia de manera extraordinaria.

Capítulo Nº 1: Breve recorrido por la historia del estudio del trauma psicológico

1.1 Trauma

Trauma y traumatismo son términos utilizados ya antiguamente, en medicina y cirugía.

Etimológicamente, «**trauma**» proviene del verbo griego que significa lastimar, perforar, agotar, dejar exhausto, los cuales denotan herida o injuria. Por tanto, el término trauma designa una herida con efracción; traumatismo se reservaría para designar las consecuencias sobre el conjunto del organismo de una lesión resultante de una violencia externa.

El psicoanálisis ha recogido este término trasponiendo al plano psíquico las tres significaciones inherentes al mismo: la de un choque violento, la de una efracción y la de consecuencias sobre el conjunto de la organización (Laplanche – Pontalis, 1998).

El concepto remite a una concepción económica, caracterizándose así por un aflujo excesivo de excitaciones, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones (Laplanche – Pontalis, 1998).

A lo largo de la historia de la psiquiatría hubo puntos disímiles y discusiones acerca de la etiología del trauma: si sus causas eran orgánicas, psicológicas o sociales; si el origen de la enfermedad estaba en el suceso traumático en sí mismo o si se necesita una vulnerabilidad preexistente; si el trauma era el evento en sí mismo o la interpretación subjetiva que el individuo le otorga (Cía, 2001).

La etiología y sintomatología del trauma ha sido adjudicada por diferentes autores: Kardiner y Spiegel a la importancia de los eventos externos; Greenacre, Moses en contraste con el ámbito de la realidad interna; la predisposición temprana y, Kahn los traumas nucleares acumulativos tempranos. Las teorías psiquiátricas han formulado los fenómenos psicológicos en consonancia con el pensamiento dominante de cada época. La variedad del desarrollo teórico, demuestra que la noción de trauma es inherente a la complejidad de la existencia humana y aún no cuenta con un consenso conceptual (Benyakar, 2003a).

El trauma psicológico ha acompañado la historia de la humanidad de una manera omnipresente. Los textos más viejos, tales como la Biblia, el Talmud, los escritos chinos, los clásicos griegos como la *Ilíada*, etc. hacen referencias a los efectos psicológicos de los hechos traumáticos, especialmente a las consecuencias de la violencia y la guerra.

Actualmente, el término traumatismo, cuya etimología remite al antiguo griego, es utilizado con un sentido diferente pero ampliamente admitido. Fue difundido por la psiquiatría estadounidense y definido como un acontecimiento violento y anormal (o fuera de la norma) que afecta a una o más personas y pone en peligro su integridad física y psíquica (American Psychiatric Association, 1994).

1.2 Psicotraumatología

La «traumatología» se considera el área de la psiquiatría que estudia las consecuencias psicosociales - inmediatas y mediatas- de los eventos disruptivos (Benyakar, 2003b).

La *psicotraumatología*, en un principio conocida como estudios del estrés traumático, se refiere tanto a la investigación como a la aplicación de los conocimientos acerca de las consecuencias inmediatas y a largo plazo de eventos altamente estresantes y de los factores que afectan tales consecuencias (Figley, 1988). Aunque el área surgió de una rama de la medicina, la aplicación del término se amplió al incorporar un campo más extenso que entre otras incluye la traumatología de la medicina. En la actualidad, la psicotraumatología también integra los

estudios del estrés traumático, la tanatología, la victimología, los estudios de catástrofes, los estudios del trauma por violación / agresión sexual, los estudios de sobrevivientes del holocausto, etc. (Donovan, 1991).

La *psicotraumatología* es un campo nuevo con antiguas raíces que cuenta con un cuerpo de literatura y un conjunto de perspectivas teóricas (Figley, 2003).

El campo surgió en los últimos veinte años, aunque sus orígenes se remontan a los primeros escritos médicos dedicados a los síntomas y el tratamiento de la histeria (Veith, 1965). En efecto, es posible encontrar teorías y explicaciones sobre los síntomas del estrés traumático a lo largo de toda la historia.

La primera mención conocida al respecto proviene del antiguo Egipto, donde los médicos del Faraón describían las «reacciones histéricas» en los *Kunytus Papirus*, uno de los primeros libros de medicina conocidos, publicados en el año 1900 A.C. (Benyakar, 2003b).

En épocas remotas, el comportamiento de la población en situaciones de catástrofes fue descrito por escritores e historiadores, como la destrucción de Pompeya en el año 79 D.C., y la destrucción de Lisboa por un terremoto en 1755 relatada por Voltaire (Benyakar, 1994).

En el hospital de La Salpêtrière en París, **Jean Martin Charcot** propuso por primera vez que los síntomas de las que entonces eran llamadas pacientes «histéricas» tenían sus orígenes en historias de trauma. Es decir, demostró que la histeria es una enfermedad de origen psíquico, y permitió a través de este hallazgo el estudio de las consecuencias de los eventos traumáticos. **Janet** fue el primero que propuso que, durante los eventos traumáticos, la gente experimenta «emociones vehementes» lo cual interfiere en la integración de la experiencia desbordante. En cambio, las memorias traumáticas se escinden (disocian) de la conciencia cotidiana y del control voluntario. Janet describió cómo las memorias de éstos traumas tendían a volver no como historias de lo que había pasado, sino que eran reexperimentadas en la forma de intensas reacciones emocionales, conducta agresiva, dolor físico, y estados corporales que podrían ser entendidos como el retorno de elementos de la experiencia traumática. Janet observó que los pacientes traumatizados parecían reaccionar a recordatorios del trauma con respuestas que habían sido relevantes para la amenaza original, pero que actualmente no tenían valor adaptativo. Al exponerse a recordatorios del trauma, el trauma se reactivaba en la forma de imágenes, sentimientos y sensaciones físicas relacionadas con el trauma. Janet propuso que cuando los pacientes fallan en integrar la experiencia traumática a la totalidad de su conciencia personal, también parecen desarrollar problemas para asimilar nuevas experiencias. Esto es como si sus personalidades se hubieran detenido en un cierto punto, y no pudieran crecer más por medio de la suma o asimilación de nuevos elementos. Es decir, que al estar apegados a un obstáculo insuperable, parecen haber detenido la evolución de sus vidas. Janet propuso que los esfuerzos por mantener la memoria traumática fragmentada fuera de la conciencia erosionaba la energía psicológica de estos pacientes (van der Kolk, 2002).

Como joven médico, durante la década de 1880, **Sigmund Freud** hizo dos rotaciones clínicas en la Salpêtrière. A su regreso a Viena, se acercó **Joseph Breuer** con quien se dedicó a estudiar cuidadosamente los síntomas de las pacientes «histéricas», y los orígenes de sus síntomas. Una de sus primeras deducciones fue que la histeria se originaba en un trauma acaecido en el pasado. En ese entonces consideraba como situaciones traumáticas a los accidentes ferroviarios, las caídas, las decepciones amorosas, los miedos, etc. En 1895, estudiando las neurosis traumáticas, sugirió que el enfrentamiento con situaciones que provocan afectos avasallantes dan como consecuencia un estado que desorganiza y, en algunos casos, destruye las funciones psíquicas. Freud sostenía que emociones «inaceptables» o muy intensas, provocan la represión y así el recuerdo se sustrae de la «memoria», persistiendo aquel afecto, que provocará los síntomas traumáticos. Mas adelante, Freud considera al trauma como la ruptura de las defensas,

causada por estímulos internos y/o externos que provocan una incapacidad temporaria del Yo, restando valor a la naturaleza específica del estímulo, y otorgando gran importancia a la «realidad intrapsíquica» (Benyakar, 2003b). Según Bessel van der Kolk (2002), Freud como sus pacientes, parecía que también estaba preocupado con no pensar en las experiencias horribles de la vida real que pueden destruir la capacidad de funcionar de la gente. Él hizo esto al hacer foco sobre la realidad intrapsíquica de sus pacientes: el interés en buscar un sentido personal desvió el interés en la realidad externa que había servido de base a ese sistema de sentido. La psiquiatría, como disciplina, siguió a Freud y así, el trauma de la vida real fue ignorado en favor de la fantasía.

Hacia fines del siglo XIX, el médico británico **Herbert Page** fue el primero en considerar la sintomatología como de origen psicológico (Benyakar, 2003b). Él llamó «shock nervioso» a la sintomatología postraumática, y atribuyó su etiología al terror experimentado, en lugar de al daño orgánico tal como era la creencia de su época. Un ejemplo de esta última tendencia se encuentra en **H. Oppenheimer**, neurólogo alemán, quien atribuía la sintomatología a sutiles cambios moleculares en el sistema nervioso (Cazabat, 2002).

Los primeros estudios científicos sobre comportamientos en situaciones de catástrofe datan de menos de un siglo. Son ejemplo de esto las observaciones realizadas por el psicólogo **William James** en el terremoto de San Francisco el 18 de abril de 1906 y la observación de los psiquiatras de la marina como **Hesnard** en 1907 y 1911 en Estados Unidos durante catástrofes navales.

Se agregan a éstos los estudios del psicólogo **H. Cantril** durante el pánico desencadenado por la emisión radiofónica de Orson Welles, llamada «invasión desde Marte», el 30 de octubre de 1938 en el estado de New Jersey (USA). Y a su vez, se les pueden sumar las observaciones realizadas por los psiquiatras militares sobre el pánico y otros comportamientos patológicos en los ejércitos en guerra y en las poblaciones civiles bajo los bombardeos; entre ellos **Brosseau** describió el pánico en los ejércitos en 1919, **Brosin y Merloo** en 1943 durante la segunda guerra mundial en el ejército americano; este tipo de estudios se extendieron a guerras no convencionales: nucleares, biológicas y químicas; por ejemplo en Japón, **Nagay y Osaka** estudiaron el comportamiento durante los terribles bombardeos atómicos de Hiroshima y Nagasaki el 6 y 9 de Agosto de 1945 (Benyakar, 1994).

Sin embargo, fue la primera guerra mundial, con sus millones de víctimas y heridos, la que impulsó al mundo médico a investigar y sistematizar el estudio de la sintomatología postraumática.

Durante la segunda guerra mundial se intensificó el desarrollo de métodos terapéuticos, así como la investigación de la etiología del síndrome, conocido entonces como «shock de combate» o «fatiga de combate». Se discutía entonces en los altos mandos y entre los psiquiatras si este debía ser considerado un «fenómeno mental involuntario» o una manera intencional de eludir las obligaciones militares (Kardiner et al, 1959). Finalizada la segunda guerra mundial, **Grinker y Spiegel** en 1963 publicaron el libro *Men Under Stress* que resumía la experiencia terapéutica acumulada con los pacientes que presentaban sintomatología de etiología psíquica. Ellos consideraban a las «reacciones estresogénicas de combate» (Combat Stress Reactions) como un colapso emocional acaecido bajo el fuerte estado de estrés del campo de batalla. Indicaban una terapéutica basada en la abreacción inducida por narcóticos (Benyakar, 2003b).

Hans Selye (1980) es conocido por sus estudios sobre el estrés, que definió como «la respuesta inespecífica del cuerpo a toda exigencia o demanda a éste». Fue el primero en sugerir que el estrés muy intenso debiera ser evitado, aunque debe tenerse en cuenta que el estrés constituye un aspecto vital de nuestra existencia, ya que la muerte es el único estado de exento de todo estrés. Con el nombre del Síndrome Biológico de Estrés describe las respuestas orgánicas y fisiológicas ante cualquier tipo de estímulo estresante.

Durante los años ochenta se profundizó el estudio sistemático del Síndrome de estrés postraumático (PTSD). En 1980 se publicó por primera vez en el *Manual de Diagnóstico y Tratamiento* de la Sociedad Psiquiátrica de los Estados Unidos (DSM III), el síndrome catalogado como **Post Traumatic Stress Disorder**. En el año 1985 se creó en los Estados Unidos la sociedad de estudios sobre el Estrés Traumático y el Journal of Traumatic Stress (Benyakar, 2003b).

1.3 Historia de la Psicotraumatología moderna según la clasificación de Judith Herman

El estudio del trauma psicológico está íntimamente relacionado con el desarrollo de acontecimientos sociales, políticos y culturales, pues lleva a incursionar en terrenos ríspidos, que tocan directamente aspectos centrales, tanto del poder político, como de las ideologías que recorren la sociedad. Desde los casos de torturas, secuestros, toma de rehenes, veteranos de guerra, hasta las más «íntimas» situaciones del abuso sexual y la violencia doméstica, las manifestaciones del trauma recorren horizontal y verticalmente a la sociedad. Es así, que a lo largo de la historia reciente pueden comprobarse abruptas amnesias de los desarrollos científicos alcanzados en el campo del trauma. Esto se torna comprensible si se considera que, el estudio del trauma psicológico penetra en los resquicios mas hondos de una sociedad, poniendo en tela

de juicio desde hechos macrosociales, como las guerras, a las relaciones más íntimas, como las relaciones familiares. Su estudio puede cuestionar desde los más altos niveles del poder político y militar, hasta los aspectos ideológicos más cotidianos, tales como la relación entre el hombre y la mujer, o la crianza de los niños (Cazabat, 2002).

Siguiendo la clasificación de **Judith Herman** (1997), se dividirá la historia reciente en tres etapas, correspondientes a los movimientos sociopolíticos en que se desarrolló la labor profesional del estudio del trauma: **a)** la del estudio de la histeria, sustentado en el movimiento republicano anticlerical de fines del siglo XIX en Francia; **b)** el estudio de las consecuencias de la guerra y el combate, sustentado en movimientos antibelicistas y pacifistas durante las grandes guerras de este siglo (Primera y Segunda guerras mundiales, Corea y finalmente Vietnam); y **c)** el estudio de las consecuencias de la violencia doméstica y sexual, apoyado en el movimiento feminista.

a) El Estudio de la Histeria

J.M. Charcot, en la Salpêtrière de París también notó la relación entre la histeria y los traumas sufridos. Su gran contribución fue dar crédito a las historias de que hasta ese momento eran considerados como simulación, o incluso posesión demoníaca, aunque su casi exclusivo interés fue observar, describir y clasificar dichos síntomas, sin detenerse en la vida interior de las pacientes.

Freud y Janet, ambos alumnos de Charcot, continuaron interesados en el tema de la histeria, especialmente en encontrar su causa. Ambos por separado llegaron a conclusiones similares: la histeria era causada por el trauma psicológico, que conducía a un estado alterado de conciencia. Janet lo llamó Disociación; Freud, doble conciencia.

En 1896, en «*La etiología de la histeria*», Freud afirma que las experiencias sexuales prematuras están en la base de la histeria. Sin embargo, en el término de un año, Freud abandona esta teoría, atribuyendo los recuerdos de abusos sexuales a fantasías y deseos infantiles. A partir del caso Dora se produce este viraje en la teoría de Freud, en que deja de «creer» en la palabra de sus pacientes histéricas. Judith Herman atribuye este cambio de rumbo al contexto político y social imperante en Viena, que había acogido con extrema frialdad la presentación de la etiología de la histeria. No existía por aquellos días un contexto político y social que pudiera sostener incondicionalmente una investigación sobre la etiología de la histeria, sin importar a dónde condujera.

b) Las Neurosis de Guerra

Durante la Primera Guerra Mundial, inicialmente se creyó que la sintomatología traumática era de origen físico, y se atribuyó al efecto de la explosión de las granadas («shell shock»). Paradójicamente, **Charles Myers**, que en 1915 fue el primero en usar el término shell shock, postuló que las causas de la sintomatología presentada por los soldados eran de origen psicológico, encontrando incluso su similitud con los síntomas de la histeria. De cualquier manera, la creencia más común era que los síntomas postraumáticos se debían a la cobardía y debilidad del soldado. En esta línea, **Yelland** llegó a proponer en su trabajo de 1918, *Hysterical Disorders of Warfare* el uso de amenazas, castigos y avergonzamientos a modo de «tratamiento» para quienes sufrieran la Neurosis de Guerra. Incluso llegaron a usarse descargas eléctricas para tratar el mutismo y pérdida sensorial de algunos pacientes.

En 1941, durante la Segunda Guerra Mundial, **Abraham Kardiner** escribió *The traumatic Neurosis of War*, donde describió los síntomas asociados al estrés postraumático, incluida la amnesia. Kardiner junto con **Herbert Spiegel**, desarrollaron tratamientos para integrar las experiencias traumáticas. En 1952 aparece la primera edición del DSM, años en que los psiquiatras norteamericanos estaban tratando activamente veteranos de la Segunda Guerra y de Corea. En esa primera edición se incluyó el diagnóstico «*reacción a gran estrés*» (gross stress reaction), que describía los síntomas de aquellos individuos expuestos a situaciones de estrés intolerable. Pero, en la segunda edición del DSM, publicada en 1968 durante uno de los picos de la guerra de Vietnam, esa clasificación desapareció, y fue reemplazada por la de «*Trastorno adaptativo de la vida adulta*». Aunque, fue recién con los veteranos de la guerra de Vietnam cuando se comenzó a prestar real atención a los efectos traumáticos de la guerra. En 1970, la Organización Veteranos de Vietnam Contra la Guerra comenzó a buscar ayuda psicológica fuera de los ámbitos oficiales. En poco tiempo, jóvenes psiquiatras como **C. Shatam y Robert Lifton**, lograron desarrollar un fuerte movimiento basado en lo que se denominó «*rap groups*», integrados por veteranos, y que sirvieron para tomar conciencia y compartir secuelas de la guerra. En 1978, **Charles Figley**, veterano de Vietnam e investigador sobre el tema, publicó el primer libro de esta nueva era del estudio del trauma: *Stress disorders among Vietnam veterans*, en el que se delinea las características principales de lo que luego se conocería como trastorno por estrés postraumático. Sustentado en el movimiento pacifista, esta vez el estudio de las secuelas traumáticas de la guerra llegó a cristalizar entonces en el reconocimiento oficial de la existencia de un trastorno

debido a los hechos traumáticos. En 1980, la **American Psychiatric Association** incorpora en el DSM III el diagnóstico de *Trastorno por Estrés Postraumático*.

c) La violencia doméstica y sexual

El movimiento feminista por la liberación de la mujer que se desarrolló en los años 70 desvió la atención hacia una realidad oculta por siglos: la de la violencia doméstica y sexual contra las mujeres y los niños. Hasta entonces, hablar de la violencia sufrida por mujeres y niños en la «intimidad» del hogar, sólo conducía a mayor vergüenza, humillación y descreimiento. Así, el silencio impuesto por el miedo sólo perpetuaba la condición, dejando impune a los agresores.

En aquella época, se empezó a estudiar a las víctimas de violencia sexual y doméstica, y se encontró que éstas presentaban síntomas similares a los de los veteranos de guerra. Todo esto llevó nuevamente a estudiar el fenómeno del abuso sexual infantil. En 1971 se llevó a cabo un evento sobre los efectos de la violación, organizado por *New York Radical Feminists*. Poco después **Ann Burgess y Linda Holstrom** publicaron su trabajo pionero sobre síndrome de trauma por violación. En 1979 **Leonore Walker** introduce el término de «*síndrome de mujer golpeada*».

Sólo después del triunfo del movimiento de los veteranos en 1980, quedó claro que las mujeres y niñas violadas, abusadas y/o golpeadas, sufrían del mismo trastorno que los veteranos.

En 1985 fue fundada, por iniciativa de Charles Figley, la **International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS)**, la primer sociedad internacional de profesionales dedicados al estudio del Trauma psicológico, y que edita el *Journal of Traumatic Stress* desde 1987.

1.4 Perspectivas y nuevas direcciones para el futuro

Según **Cazabat** (2002), muchas son las direcciones posibles de desarrollo del estudio de las múltiples manifestaciones del trauma. Algunas de las más prominentes son las que se mencionarán a continuación.

Actualmente se está estudiando el impacto de vivir en comunidades que se asemejan a zonas de guerra. Se ha estado comparando el efecto de las comunidades violentas en Estados Unidos con otros países. Los hallazgos apuntan en el sentido de que los niños que viven en comunidades con un alto nivel de violencia como Belfast, ciudades como Mozambique, etc. presentan síntomas de estrés postraumático, al igual que los niños que viven en comunidades y barrios violentos dentro de las ciudades de Estados Unidos (Garbarino et al., 1999).

Otro tema que está siendo investigado en estos días es la *Transmisión Transgeneracional del Trauma*, especialmente en la tercera generación de las víctimas del Holocausto, línea de trabajo desarrollada principalmente por Yael Danieli.

Un tema muy importante y que está empezando a desarrollarse es el estudio de los factores que promueven la resiliencia frente al trauma, qué es lo que hace que, frente a la exposición ante eventos similares, algunos individuos desarrollen un trastorno por estrés postraumático, mientras que para otros llega a ser una oportunidad de crecimiento.

Los efectos del hostigamiento (bullying) han quedado en evidencia en varios episodios de niños y adolescentes que atacaron indiscriminadamente con armas de fuego a sus compañeros de estudios, y es un tema de importancia al que se le está dedicando mayor atención.

Otro tema de importancia es el de estrés traumático secundario, traumatización vicaria o desgaste por empatía que caracteriza el impacto emocional traumático sufrido por quienes trabajan con víctimas de trauma, tales como psicólogos, psiquiatras, enfermeras, bomberos, personal de rescate, etc.

Luego del ataque a las torres gemelas el 11 de septiembre de 2001, ha recibido un fuerte impulso el estudio de las reacciones agudas, la intervención en crisis, el papel de los medios, y la prevención.

Capítulo N° 2:

Delimitación conceptual de los términos catástrofe y desastre

2.1 Definiciones

¿Qué es una catástrofe? ¿Qué es un desastre?

Según **Benyakar** (2003b), una de las problemáticas con la cual se enfrentan los profesionales, es la diferenciación entre los términos catástrofe y desastre. Los términos en sí reflejan claramente su significado, pero a pesar de ello es muy difícil encontrar una definición para cada uno de ellos.

Por ello, es que existe una discusión en torno de cuáles son los fenómenos a los que se debe denominar catástrofe y cuáles los que deben llamarse desastre.

Según el autor, «**desastre**» remite a las características del evento, mientras que «**catástrofe**» se refiere

a la acción desestructurante del evento en cualquier orden: individual, colectivo y material. Es de destacar que estos términos se suelen utilizar como sinónimos en la literatura profesional. Sin embargo, los autores utilizan con más preponderancia uno u otro término, de acuerdo a los países o culturas a que pertenecen, utilizando el otro como sinónimo del término preponderante. Así, en Estados Unidos es más frecuente la palabra «desastre» mientras que en Francia se usa como término principal el de «catástrofe». En este contexto, el autor aclara que utilizará indistintamente los términos «Desastre» y «Catástrofe».

Tierney (1986) definió el término «**desastre**» como estrés colectivo en un área geográfica particular que interfiere el movimiento o la marcha de la vida social de una comunidad, con un comienzo repentino, algún grado de pérdida y sujeto al comportamiento humano.

Kalayjian (1995), acordando con la Pan American Health Organization (PAHO) departamento regional de la World Health Organization (WHO), define los «**desastres**» como eventos que ocurren repentinamente, en la mayoría de los casos, causando severos disturbios en la comunidad. Dichos disturbios pueden ser en forma de pérdida: de vidas, de salud o recursos; y en forma de desorganización: de la vida, de la calidad del medio ambiente, así como también desgarros socio-económicos requiriendo de asistencia inmediata y amplia; y una gran variedad de intervenciones.

2.2 Diversas definiciones y parámetros para evaluar las catástrofes

Según **Benyakar** (2003a,b), una característica casi universal de las catástrofes es que cuando ocurren requieren acciones inmediatas y bien planificadas, que generalmente exceden la capacidad de respuesta tanto en términos de factores humanos como por la insuficiencia de recursos tecnológicos, económicos, de organización de la comunidad afectada. La imagen de desborde, asociada casi automáticamente a la idea de catástrofe, da la medida de la dificultad que existe para establecer criterios precisos y abarcadores que permitan una categorización útil de los fenómenos para organizar de antemano los recursos y orientar las decisiones en el momento mismo de la ocurrencia de los sucesos infaustos. No obstante, existen una cantidad de intentos clasificatorios, ninguno exhaustivo pero útiles todos. Casi todos ponen el acento en alguno de los siguientes factores: las características propias del evento; el impacto sobre la población y/o el medio físico; las interacciones entre tales características y el impacto en la población, y el grado de urgencia o premura que debe dársele a las actividades asistenciales (Baum et al., 1993)

Según el autor, las características tanto de los desastres como de las catástrofes, han sido definidas en base a diferentes parámetros:

a. Definiciones centradas en las características del evento

Raquel Cohen (1999) define los «**desastres**» como «eventos extraordinarios que originan destrucción considerable de bienes materiales y pueden dar por resultado muerte, lesiones físicas y sufrimiento humano. Estos sucesos pueden ser causados por el hombre o ser naturales. En la primera categoría se incluyen los incendios, los conflictos bélicos, los desordenes civiles, los actos terroristas, y la contaminación química. Como ejemplo de sucesos naturales se puede citar las inundaciones, los terremotos, los tifones, los tornados, los huracanes, etc.»...Luego la autora agrega;»...Las catástrofes son, usualmente, hechos inesperados y a la vez inevitables, que tienen diversas características. Algunas surgen con lentitud mientras otras lo hacen de manera repentina y sin preaviso. Algunas afectan un área amplia, mientras que otras ejercen sus efectos en un sitio específico. También varía su duración: están las que persisten durante horas mientras otras sólo duran segundos o minutos; por último, cada desastre produce daños materiales y pérdidas humanas en grado variable...».

Harshbarger (1973) define los «**desastres**» como eventos rápidos y dramáticos que dan por resultado daños materiales y humanos considerables. Subraya la importancia de la vida comunitaria, y plantea que los desastres deben ser considerados de acuerdo a su potencial de perturbar las actividades de una comunidad y causar daños a los miembros de la misma.

Kastenbaum (1974) describe los «**desastres**» según la gravedad relativa de los mismos, en comparación con otros eventos importantes. Para definir a un evento como un desastre se requieren antecedentes de estabilidad y normalidad con los que se compara la calamidad.

Según **Benyakar** (2003a), el concepto de urgencia —empleado por el Disaster Research Center para determinar la gravedad de una catástrofe— ofrece los criterios a emplear cuando debe tomarse la decisión acerca del momento u oportunidad en que es conveniente llevar a cabo las intervenciones asistenciales. El autor refiere que, desde este enfoque se utilizan los siguientes parámetros para categorizar la urgencia: a) número y tipo de comunidades afectadas (urbana o rural, industrializada o no); b) número de «víctimas»; c) importancia de los daños, y d) si el desastre sobreviene o no de manera intempestiva y permite o no algún tipo de prevención. Por tanto, es posible apreciar —comenta el autor— que el Disaster Research Center contempla el interjuego existente entre las características del evento y las de los daños, estableciendo así,

los siguientes **tres órdenes de urgencia**:

1. **Orden de Urgencia Uno:** la zona de impacto es más de una comunidad urbanizada y/o industrializada, las «víctimas» son más de mil; los daños importantes; el desastre sobreviene en forma imprevista y rápida.
2. **Orden de Urgencia Dos:** la zona de impacto es una sola comunidad urbanizada o industrializada, el número de «víctimas» es entre cien y mil, los daños son moderados y dispersos; el desastre sobreviene rápidamente pero de manera que se puede prever.
3. **Orden de Urgencia Tres:** la zona de impacto no es ni urbana ni industrial, el número de «víctimas» es menos de cien, los daños son leves, el desastre se puede prever y es progresivo.

b. Definiciones que entremezclan las características del evento con las de la reacción

Schulberg (1974) analiza el vínculo entre los eventos riesgosos y las reacciones personales utilizando el concepto de crisis. Cinco son las *características* que diferencian las **crisis** y revisten importancia central para la mayor parte de los puntos de vista de las teorías de las crisis: 1) una secuencia cronológica que se desarrolla con rapidez; 2) cambios importantes en la conducta; 3) sensación personal de impotencia; 4) tensión en el sistema social y personal del sujeto; 5) percepción de una amenaza para la persona.

Frederick (1977), refiriéndose a los **desastres como crisis**, diferencia los términos crisis y emergencia. Una crisis es un período de tiempo crucial, que puede durar minutos o meses, durante el cual una situación afecta el equilibrio social o emocional de la persona. Conforme evoluciona, puede transformarse en una emergencia, o sea una situación con necesidades urgentes y que requiere una acción rápida.

c. Definiciones centradas en las características de la reacción de la población

Anderson (1968) asume un enfoque diferente, definiendo *los desastres en base a la reacción de la población afectada*, a la amenaza que representa el desastre mismo antes de que ocurra. Según el autor, desde el punto de vista conceptual es conveniente diferenciar el desastre como un evento de crisis aguda que perturba físicamente la vida cotidiana, por demás normal, que origina pérdidas palpables, respecto de la amenaza que significa una situación de crisis crónica, en que se anticipa la alteración de la rutina esperada.

Este autor afirma que una crisis aguda surge cuando la comunidad carece de patrones culturales relacionados a los desastres, que le permitirían enfrentar las consecuencias inesperadas del mismo. La comunidad se ve tomada completamente por sorpresa. En una crisis crónica se reconoce la posible amenaza antes de que el individuo la experimente.

Barton (1969) clasifica los desastres como parte de un grupo más amplio de situaciones de estrés colectivo que surgen cuando muchos miembros de un sistema social no reciben las condiciones de vida que esperan de dicho sistema. Agrega que el estrés colectivo puede provenir de fuentes externas al sistema o de este mismo. Afirma que los factores siguientes deben considerarse en la evaluación de estas situaciones de estrés: 1) el alcance de la situación; 2) la velocidad del inicio; 3) la duración del factor estresante; 4) la preparación social.

Otras definiciones que se refieren a la situación de catástrofe y sus consecuencias

Erikson et al (1976) señala que dos tipos diferentes de traumas psíquicos, individual y colectivo, son evidentes en la conducta de las personas afectadas por un desastre.

Define el trauma individual como un golpe a la psiquis que rompe las defensas de las personas de manera tan repentina y tan fuerte que no es posible responder a él de manera eficaz, y el trauma colectivo como un golpe a la trama de la vida social que lesiona los vínculos que unen a la gente y daña el sentido prevaliente de comunidad.

Louis Crocq (1997) define la «**Catástrofe**» como «un evento nefasto, súbito y brutal, que causa a) destrucción material importante; b) un gran número de víctimas, y c) una desorganización social notable, o las tres cosas a la vez». Para el autor, uno de los criterios que cobra mayor importancia es el grado de desorganización social que resulta de la catástrofe, dado que estaría afectando ciertos sistemas funcionales, como el de información, de circulación de personas y bienes, de distribución de alimentos y agua, de servicios médicos, de mantenimiento del orden y la seguridad, etc., necesarios para mantener el funcionamiento armonioso de una sociedad.

Toda catástrofe, incluso las limitadas, se expresa por una alteración de los sistemas funcionales, por un cierto grado de aislamiento social de las víctimas de la población vecina y a veces puede ser de todo el país, aunque este aislamiento sea efímero.

Crocq distingue **cuatro grandes categorías de catástrofes**:

- 1 **Catástrofes naturales:** climáticas, geológicas, zoológicas y epidémicas.
- 2 **Catástrofes accidentales y tecnológicas.**

3 Catástrofes de guerra.

4 Catástrofes sociales (pánicos, terrorismo en tiempos de paz, etc.)

Más allá de las diferencias que existen entre las definiciones antes mencionadas, existe consenso en cuanto a categorizar las catástrofes utilizando un criterio geográfico y otro temporal (Benyakar, 2003b).

En el primer caso implica considerar los efectos en función de la proximidad al núcleo del evento. Para ello, se establecieron **cuatro zonas**:

1. zona de impacto
2. zona de destrucción
3. zona marginal
4. zona exterior

En el segundo caso, **las fases** por las que atraviesa todo fenómeno catastrófico, se consideran las siguientes tres: preimpacto, impacto y postimpacto.

1. **Fase preimpacto:** precede al desastre, es tiempo de amenaza y advertencia, a las que la población suele hacer caso. Algunas personas temen actuar en forma precipitada y parecer tontas, mientras que otras se rehúsan a aceptar la existencia de la amenaza, a modo de defensa.
2. **Fase de impacto:** la comunidad se ve afectada por el desastre, fase de organización de las actividades de ayuda. El miedo es predominante, los damnificados buscan seguridad para sí mismas y sus familias. El pánico es inusual y sólo ocurre cuando la huída es imposible.
3. **Fase postimpacto:** comienza varias semanas después del desastre, con la consecución de las actividades de ayuda, y evaluación del daño humano y material. La fase de postimpacto puede continuar durante el resto de la vida de los damnificados.

2.3 Clasificaciones

Según Kalayjian (1995), los «**Desastres**» se pueden clasificar como:

- 1- **Desastres Naturales**, dentro de los cuales se encontrarían los terremotos, huracanes, tornados, ciclones tropicales, erupciones volcánicas, inundaciones, pestes, sequías, avalanchas, etc.
- 2- **Desastres Hechos por el Hombre** (*man made disasters*), los cuales, a su vez, se pueden subdividir en:
 - a) **Planificados o deliberados**, dentro de cuales se podrían encontrar las deforestaciones, incendios, masacres, genocidios, holocaustos, guerras, terrorismo, motines.
 - b) **Accidentales, Técnicos y Defectos químicos**, dentro de cuales se agruparían los accidentes automovilísticos, aéreos y ferroviarios, explosiones, incendios, derrumbes, derrames de aceites u otras sustancias contaminantes.

Benyakar (2003a) considera la existencia de dos grandes tipos de catástrofes:

1. las provocadas **por la acción u omisión del hombre**; y
2. las que son **producto de los fenómenos naturales** que escapan a su control.

En el campo de la salud mental, es importante dilucidar las especificidades de cada una de ellas, ya que la causalidad del evento será uno de los determinantes de la forma en que se tramitará el dolor. A su vez, cada una de ellas tiene rasgos singulares que importa considerar: **previsibles / no previsibles, fugaces / prolongadas, transitorias / permanentes, selectivas / masivas, individuales / colectivas**. Los desastres afectan no sólo al individuo sino, fundamentalmente, a su entorno básico, o sea, las estructuras físicas y sociales que actúan de sostén. Y aunque puedan ser pronosticadas, incluso sean cíclicas (como los monzones) o puedan ser explicadas científicamente o porqué se le adjudique su causa a algún acto humano, el sentimiento de sinsentido nunca desaparece. Más allá de estos rasgos universales, las características específicas de las catástrofes condicionan tanto el modo como la intensidad del impacto que puedan tener sobre el psiquismo. De igual manera, explica el autor, influyen en las formas de tramitar el dolor y los montos de culpa que sufran los sujetos afectados así como aquellos sobre quienes se puede hacer recaer la responsabilidad directa o indirecta.

Actualmente, distinguir entre las catástrofes naturales y las producidas por el hombre requiere de mucha cautela.

Cuando el agente etiológico de un desastre es un fenómeno «natural», como la lluvia o un terremoto, hubo previamente decisiones y acciones humanas que influyeron sobre el resultado. Ejemplos de esto son, las inundaciones que resultan de lluvias torrenciales provocadas, a su vez, por la construcción de diques o espejos de agua, por la tala indiscriminada de árboles y otras acciones humanas sobre el medio ambiente.

Además, el autor considera que, en los **desastres naturales** -sean o no previsibles (tornados), fugaces (terremotos), o que permanezcan durante un tiempo (inundaciones) - siempre es posible actuar preventivamente. En zona de huracanes, erupciones de volcanes, inundaciones, la preparación física y psíquica de la población puede ser distinta que en los casos de terremotos o incendios masivos producto del recalentamiento de diferentes zonas geográficas. A pesar que algunos desastres pueden ser prevenidos, no siempre

la población está informada o preparada para afrontar estas situaciones, en general por el hecho de que la mayoría de estas situaciones ocurren en lugares con poblaciones de bajos recursos económicos. Existe un gran avance en cuanto a la preparación física de la población para afrontar estas situaciones, pero todavía se está lejos de un a adecuada preparación psicológica (Simon, 1997).

El buen entrenamiento, el hecho que cada uno sepa qué es lo que debe hacer en este tipo de situaciones, cuáles son las instituciones responsables para afrontar dichos eventos, los lugares a los cuales se puede recurrir, etc., tienen un carácter preventivo importante de mencionar. El entrenamiento en estos casos es el poder preparar a la población a descubrir sus propios recursos y características para afrontar estas situaciones y, así, no sentirse tan desvalidas en el momento en que la situación irrumpe en sus vidas.

A pesar de lo inadecuado de la diferenciación entre catástrofes de origen humano y de origen natural, sin embargo, ella es útil. El autor explica que, en las sociedades occidentales, las consecuencias psicológicas de un desastre tienen mucho que ver con la posibilidad de adjudicar a alguien la responsabilidad por lo ocurrido. Y esto es más fácil de hacer si el desastre es asignado a la acción humana. El hecho de poder o no encontrar explicaciones y endilgar responsabilidades permite procesamientos individuales y sociales de diverso orden como litigar, victimizar, estigmatizar y generar chivos expiatorios.

Los **desastres provocados por la acción humana** pueden ser intencionales (debidos a una decisión) o no (debidos al error o la negligencia de los hombres). A su vez, continua explicando el autor, los debidos a una decisión, voluntad o intención conscientes de unos hombres de dañar a otros, pueden distinguirse según la forma en que se manifieste esa voluntad: abierta o solapadamente. Así, en el primer caso, cuando la expresión sea abierta, la motivación que anima al daño es la agresión. Por ejemplo, la guerra convencional dado que existe un agresor que declara su intención de hacer daño a otros, razón por la cual puede ponerse en estado de alerta. O sea, que en éste tipo de catástrofe, el enemigo permite a los damnificados (los combatientes y también la comunidad) implementar estrategias para defenderse, ya sean de contraataque o de huida. Y en el segundo caso, cuando el responsable del daño permanece oculto, impredecible, no identificable, actuando sobre blancos no definibles a priori, y así impidiendo que los damnificados desarrollen algún tipo de defensa, la motivación que respalda las acciones es la violencia. Ejemplo de esto es, el terrorismo, cuya meta es infligir dolor o daño sobre seres a los que se les impide desarrollar algún tipo de prevención o defensa (Curran, 1988).

Todas estas características de las catástrofes, recientemente mencionadas, afectan el modo en que podrán ser procesadas por los damnificados.

Capítulo Nº 3: El impacto de las situaciones de catástrofe y desastre

3.1 La situación de crisis

Según **Benveniste** (2000), frente a un evento traumático la **crisis psicológica** ocurre cuando se desborda excesivamente la capacidad de una persona de manejarse de modo usual. Estos eventos incluyen ataques físicos, tortura, violaciones, accidentes, intensas pérdidas personales y las catástrofes naturales como terremotos, incendios e inundaciones.

Karl Slaikeu (1995) define una «**crisis**» como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Crisis significa al mismo tiempo peligro y oportunidad.

Según el autor, esta breve definición capta los principales aspectos de la crisis, tal como los describieron diversos teóricos.

Slaikeu plantea que son cinco las **características** que definen adecuadamente un estado de crisis:

1. es *temporal*, es decir, el equilibrio se recupera de cuatro a seis semanas aproximadamente;
2. casi siempre hay un *suceso* que lo precipita;
3. tiene un *curso secuencial* más o menos predecible;
4. tiene un *potencial de resolución* hacia niveles de funcionamiento más altos o más bajos (o sea, para «mejor» o para «peor»); y
5. su resolución depende entre otras cosas de la *gravedad del suceso precipitante* y de los *recursos* materiales, personales y sociales del individuo.

El autor identifica dos **tipos de crisis**:

- a) **Crisis de desarrollo**: son aquellas relacionadas con el pasaje de una etapa del crecimiento a otra, desde la infancia hasta la vejez, y que, por lo tanto, son más predecibles.

b) Crisis circunstanciales: es aquella en la cual el suceso precipitante tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o con la etapa de su desarrollo, lo que significa que tales crisis pueden afectar a cualquier persona en cualquier momento. Son accidentales e inesperadas, y su rasgo sobresaliente es que se apoyan en algún factor ambiental: incendios, inundaciones, violaciones, desempleo, secuestro, terremoto, guerras, etc.

Según el autor, la crisis circunstancial tiene cinco **características:**

1. *Es repentina:* aparece de golpe.
2. *Es inesperada:* no puede ser anticipada.
3. *Es urgente,* ya que amenazan el bienestar físico o psicológico.
4. *Masiva:* muchas crisis circunstanciales afectan a muchas personas al mismo tiempo (por ejemplo, desastres naturales, guerras).
5. *Peligro y oportunidad:* la crisis puede desembocar en un mejoramiento o empeoramiento de a situación de la persona.

Según **Benyakar** (2003a), el concepto de **crisis**, desde este enfoque, denota el pasaje de una situación a otra. Las crisis se extienden en períodos y los cambios que se producen son la característica más notable. La crisis es un proceso que resuelve un estado de cosas existente al mismo tiempo que significa el ingreso a uno nuevo con los problemas que éste acarree. Esencialmente, explica el autor, «crisis» hace referencia a un período signado por cambios cuyo desenlace desconocemos pero durante los cuales los criterios que nos permiten discriminar la realidad, persisten como tales aunque la confusión reinante debida a la multiplicidad y vertiginosidad de los cambios puede tornarlos confusos, inciertos, inestables. Es en este sentido, el autor aclara, que **las crisis se diferencian de las catástrofes** ya que en éstas el factor tiempo tiene una participación no tan decisiva y, en cambio, sucumben los criterios relacionales. Y a su vez, dentro de la tradición francesa el concepto de crisis fue referido indiscriminadamente a situaciones de catástrofe y a las consecuencias sobre los individuos y comunidades. Se deben tomar en cuenta los siguientes elementos: a) rapidez con la que se desarrolla el evento; b) importancia de los cambios que sobrevienen en las conductas; c) sensaciones personales de impotencia; d) tensión entre los sistemas social y personal del sujeto, y e) el sentimiento de las personas de sentirse amenazadas.

3.2 Evento traumático

Según **Benveniste** (2000), un «**evento traumático**» es aquel en el que una persona está agobiada por la intensidad de la situación, la cual sobrepasa su nivel de tolerancia, siendo sus mecanismos defensivos insuficientes para lidiar con dicha situación.

El **efecto traumático** es provocado por una excitación de tal intensidad que queda impedida elaboración alguna. Se produce un vacío que pone en peligro la supervivencia psíquica del sujeto. Para que la situación de catástrofe devenga en traumática deberá encontrar determinadas condiciones. El sentido que el estímulo adquiere y la posibilidad de enlazar representantes psíquicos con los que se ligará el suceso, mantendrán la continuidad del aparato. Cuando ésta se pierde, la invasión de la excitación lleva a intentos fallidos de descargar el remanente de angustia en forma compulsiva: pesadillas, actos automáticos por repetición de la vivencia traumática, etc.

Lo verdaderamente traumático es aquello que no encuentra palabras para hacer relato; siendo impensable queda así en el orden del no ser, de la no representación (Macotinsky, Pachuk y Singer, 1997).

Para que haya catástrofe, según **Sotolano** (2002), el episodio debe ocurrir en la zona de incumbencia psíquica de quien la padecerá. Lo catastrófico social, se registra en lo subjetivo de un modo individual. El familiar muerto en AMIA es la catástrofe de uno, la pérdida de los ahorros («corralito») para un tratamiento médico, es la catástrofe de otro. No hay manera de juzgar la dimensión catastrófica de un hecho sino por sus consecuencias psíquicas en la subjetividad de sus actores.

Según **Puget** (1992), las situaciones del orden de lo traumático que vehiculizan terror son del orden de la ruptura brusca de un estado de cosas, ponen el sistema en crisis y generan emociones tanto invalidantes como capaces de exacerbar conductas heroicas pero irracionales debido a una disposición a la hiperlucidez propias a las situaciones traumáticas.

Las **situaciones extremas** según Puget, nos enfrentan ante dificultades específicas, las cuales serán de distinto orden cuando las situaciones se engendran en el contexto social, familiar o personal. *Extrema*, se refiere a los límites más allá de los cuales algunas acciones se tornan imposible. Cuando lo posible / imposible se asocia a peligro, el eje vida / muerte deviene primordial y como consecuencia la vida de un sujeto, de un grupo y de un conjunto corre un riesgo: el de perder la vida en el sentido literal de la palabra o la vida psíquica o la organización del grupo o algunos de sus miembros. Por lo tanto, se puede pensar en extremo respecto de marcar un límite desde el punto de vista de un actuar posible.

4.2 Tipos de eventos traumáticos

Tanto Meichenbaum (1994) como Terr (1991) establecieron una clasificación propia de los eventos traumáticos, para lo cual tuvieron en cuenta el tipo de síntoma y su duración.

3.3.1 Clasificación de Meichenbaum

A. Eventos traumáticos de «corto plazo»

1. Un evento traumático es un acontecimiento que, por sus características extremas, demanda grandes esfuerzos para sobrellevarlo. Puede ser un hecho traumático aislado o una serie de eventos continuos. Estos pueden destruir las sensaciones de seguridad y protección y, generalmente, no duran más de un par de minutos u horas. Algunos ejemplos pueden ser los siguientes:
 - a) desastres naturales: inundaciones, huracanes, tormentas, tornados, erupciones volcánicas, etc.
 - b) accidentes: explosiones, incendios, accidentes industriales o termonucleares, etc.
 - c) desastres deliberadamente ocasionados por el hombre: bombardeos, tiroteos, ataques terroristas, asaltos, toma de rehenes, secuestros extorsivos, etc.
2. Estos eventos causan: terror, miedo intenso, amenaza de vida, sensaciones de desamparo e impotencia, vulnerabilidad, pérdida de control e inseguridad, pudiendo generar, a largo plazo, cambios con relación a los afectos, conductas, o en la calidad de vida.

B. Eventos traumáticos de «largo plazo»

1. Eventos traumáticos repetidos y prolongados:
 - a) desastres naturales y tecnológicos: Estos incidentes tienen un alto poder de impacto, a la vez que son impredecibles e incontrolables, por lo cual pueden tener efectos muy nocivos en la comunidad, la familia y los sujetos que lo viven.
 - b) acontecimientos donde el hombre es el factor causante: prisioneros políticos, rehenes, abuso sexual infantil, víctimas del holocausto, refugiados, etc.

C. Exposición vicaria

Esto se da frecuentemente cuando los hijos u otros allegados tienen que convivir con aquel que ha sido afectado por un evento traumatizante. Hay dos grupos que fueron ampliamente estudiados en este aspecto: a) el impacto a largo plazo del holocausto en los sobrevivientes y sus hijos y, b) el impacto de la guerra de Vietnam en los sobrevivientes y sus familias. Algunos estudios, como los realizados por Lomranz (1994) subrayan que la transmisión del trauma entre familiares o «*transmisión transgeneracional del trauma*» no se presenta en todos los casos.

En Argentina, se ha realizado una investigación sobre el impacto psicosocial de la represión política y la impunidad en hijos de desaparecidos durante el último terrorismo de Estado (Lagos y Kersner, 2001).

Conclusiones de la investigación:

- La situación traumática impacta de modo multigeneracional, dado que incide tanto en las personas que la sufren directamente como sobre el cuerpo social en su conjunto.
- La desaparición de los padres produce efectos específicos en el psiquismo de los hijos.
- La impunidad ejerce un efecto retraumatizante.
- Lo traumático no resuelto en una gran generación pasa a las siguientes.

3.3.2 Clasificación de Terr

A. Traumas tipo I (eventos traumáticos cortos e inesperados)

- Eventos repentinos, peligrosos y abrumadores.
- Experiencias traumáticas aisladas, por lo general, poco frecuentes.
- De duración limitada.
- Eventos que son recordados en detalle y crean recuerdos más vívidos y completos que los del tipo II.
- Por lo general, conducen a síntomas típicos del TEPT, como son las ideas intrusivas, la evitación y la sobreexcitación.
- Tienden a ser reexperimentados.
- Generalmente, se da una pronta recuperación, aunque en ocasiones pueden cronificarse.
- Ejemplos: ser víctima de violación, catástrofes naturales, accidentes automovilísticos graves, asaltos a mano armada.

B. Traumas tipo II (factores estresantes ininterrumpidos y repetidos)

- Traumas variables, múltiples, crónicos, y de larga duración, repetidos y anticipados.
- Por lo general, son causados intencionalmente por el hombre.
- Inicialmente, se presentan como factores estresantes del tipo I, pero tienden a reaparecer.

- La víctima suele sentirse indefensa, atrapada e ineficaz de defenderse.
- Los recuerdos son, por lo general, confusos, borrosos y aislados- y disgregados- debido a la disociación; a medida que pasa el tiempo, la disociación se puede volver una forma de manejar la situación para que no sea tan dolorosa y abrumadora.
- Pueden conducir a una visión equivocada de sí mismo y del mundo; y, además pueden estar acompañado por sentimientos de culpa, vergüenza y desvalorización.
- Generalmente conducen a problemas de carácter y trastornos de identidad de larga duración y, a problemas en las relaciones interpersonales, lo cual se manifiesta en un alejamiento de los demás, con una disminución en la capacidad afectiva y en la reactividad emocional.
- Los intentos de autodefensa pueden involucrar el uso de respuestas disociativas, negación e insensibilidad o anestesia afectiva, el aislamiento, el abandono de uno mismo y el consumo de drogas.
- Ejemplos de estos serían el abuso sexual o físico continuo, malos tratos reiterados, guerras, tortura, secuestros con reclusiones prolongadas.

Los mecanismos psicofísicos de adaptación que intervienen, no son los mismos en los dos casos. El entorno psicosocial juega un papel de suma importancia. En el caso de un traumatismo de tipo I – catástrofe o accidente – un entorno social que funcione bien, ofrece a las víctimas el apoyo vital al activar las relaciones de solidaridad. Por el contrario, cuando fallan o faltan las estructuras sociales, o las posibilidades de asistencia después de una catástrofe, las reacciones psíquicas corren el riesgo de transformarse y hacerse crónicas.

Cuando el suceso traumático se produce en un contexto social deficitario, se instala un sentimiento de impotencia extremadamente negativo, difícil de soportar y acompañado de otros sentimientos igualmente penosos: cólera, angustia existencial, confusión, horror, vergüenza, culpabilidad, etc., llevando poco a poco al individuo al aislamiento y la desesperación (Perren-Klinger, 2003).

3.4 Impacto de un evento estresante

En el III Congreso Internacional de Trauma Psíquico y Estrés Traumático celebrado en la ciudad de Buenos Aires del 26 al 28 de Junio de 2003, la Dra. **Anie Kalayjian** (Fordham University, New York) habló sobre la importancia de considerar determinados **factores** (o áreas) respecto del impacto de un evento altamente estresante.

1. Constitución biológica del sujeto.

2. **Características psicológicas del sujeto** (rasgos de personalidad, traumas pretéritos, historias familiares, momento evolutivo).

3. Sistema de creencias espirituales.

4. **Estructura social y cultura** (las diferencias culturales cobran gran importancia respecto de cómo impacta el evento y cómo se reacciona ante el mismo).

5. **Estructura económica** (esto marca grandes diferencias, dado que cuanto mejor es la economía de una región y cuanto más recursos económicos se disponen, se puede estar mejor preparados para la recuperación).

6. El ambiente geofísico.

Modelo del Impacto Biopsicológico y Espiritual del trauma en masa (Kalayjian)

- **A nivel Biológico**, según refiere Kalayjian, luego del ataque a las Torres Gemelas el 11 de septiembre de 2001, tanto en New York como en estado vecinos se registró un aumento de infecciones, complicaciones médicas de diversa índole por el tremendo impacto del evento traumático. En situaciones como estas, es posible encontrar afecciones del tracto intestinal (ulceras, etc.), del sistema esquelético (dorsalgias, tensiones, cefaleas tensionales, etc.).
- **A nivel Psicológico**, luego del 11 de septiembre, esta dimensión se vio claramente afectada, dado que se registró un incremento de Trastornos de Ansiedad generalizada y de Ataques de Pánico en la población en general.
- **A nivel Espiritual**, se puede sufrir de un vacío existencial, de ausencia de sentido, ya que ante situaciones extremas y de gran estrés como lo son las catástrofes y los desastres naturales se produce una fractura en el sistema de creencias que nos daban sostén. El desafío es poder encontrar un nuevo significado de los traumas. Resignificar la situación. Esta pérdida de sentido, de significados debe ser pasajera hasta que se pase el momento del duelo. Hay que dejar que este proceso siga una progresión más natural.

Janoff-Bulman (1992) argumenta que los sucesos traumáticos tienen un impacto determinante en los sentimientos y en los sistemas de creencias de las personas y son capaces de producir una sensación de pérdida en diversas áreas: en la creencia en uno mismo, en la seguridad acerca del mundo, en la confianza hacia los demás y en la propia identidad.

Según **van der Kolk** (2002), eventos traumáticos tales como violencia familiar y social, violaciones y ataques, desastres, guerras, accidentes y violencia predatoria, enfrentan a las personas con tal horror y amenaza que pueden alterar temporal y permanentemente su capacidad de confrontarlas, su percepción biológica de la amenaza y su concepto de sí mismos.

El trauma afecta no sólo el funcionamiento psicológico: por ejemplo, un estudio de casi 10.000 pacientes (Felitti et al., 1998) reportó que las personas con historia de maltrato infantil severo tenían un riesgo de 4 a 12 veces mayor de desarrollar alcoholismo, depresión, abuso de drogas, de 2 a 4 veces mayor de fumar, de contraer enfermedades de transmisión sexual, de 1,6 a 2,9 veces mayor de enfermedades coronarias isquémicas, cáncer, enfermedades pulmonares crónicas, fracturas óseas, hepatitis, infarto, diabetes, y de 1,4 a 1,6 veces mayor de obesidad.

3.5 Impacto de diferentes tipos de eventos traumáticos

Cía (2001) elaboró un resumen del impacto de diferentes tipos de eventos traumáticos sobre los individuos, según datos proporcionados por diferentes autores:

1. Impacto a corto plazo de los desastres naturales (inundaciones, terremotos, huracanes) o tecnológicos (explosiones, incendios, derrumbes).

- El 75% de las víctimas, que se vieron expuestas a algún acontecimiento traumático, en un principio se sienten aturcidas, ofuscadas, atontadas, y evidencian síntomas como, por ejemplo, entumecimiento afectivo, inhibición, indecisión, miedos, etc. Estos síntomas pueden durar desde minutos a horas.
- Entre el 10% y 25% de las víctimas de un acontecimiento traumático evidenciarán síntomas de desorientación, inmovilización, sensación de pérdida de control y de entumecimiento afectivo y emocional (anestesia emocional o numbing). Los síntomas pueden desaparecer en 6 semanas.
- El 50% de los que habían sido inicialmente afectados por el trauma y por TEPT se recuperarán en 3 meses y se adaptarán, a pesar de la ansiedad que puedan sentir.
- Los tres tipos de trastornos psiquiátricos que prevalecen, en adultos, luego de sufrir un acontecimiento traumático son: ansiedad, depresión y TEPT.
- En niños, las respuestas más comunes a los desastres son las fobias específicas, ansiedad de separación, problemas del sueño y síntomas de TEPT. La prevalencia de este trastorno en niños expuestos a desastres naturales, varía de un 5% a un 39%, dentro de un período de tiempo que va desde una semana hasta 2 años, luego de acontecido el incidente traumático.

2. Impacto a largo plazo de la exposición a desastres naturales y tecnológicos:

- Los efectos de los desastres pueden persistir durante años, aunque muchos de los síntomas desaparecen dentro de los primeros 16 meses.
- Del 70% al 90% de las víctimas de eventos con grave riesgo de vida, logran sobrellevar el trauma como, por ejemplo, desastres, violencia y combate, mientras que una minoría, entre el 10% y 30% desarrollan trastornos serios y duraderos.

3. Impacto en víctimas de agresiones físicas o sexuales:

- Las víctimas de violación constituyen el grupo más grande de afectados individuales. El 25% de las víctimas expuestas a acontecimientos traumáticos en general generan un TEPT, mientras que en las víctimas de violación, el 80% sufrirán síntomas de TEPT y el 31% generará esta patología en algún momento de sus vidas.
- La mayoría de las violaciones se producen durante la infancia o adolescencia y los perpetradores suelen ser conocidos de las víctimas.
- Luego del primer año, el 80% de las víctimas de una violación reporta alguna restricción en sus vidas. A los 2-3 años el 50% de ellos confirman padecer restricciones en su vida cotidiana. A los 4-6 años el 75% se ha recuperado y el 25% tienen la sensación de no haberse recuperado aún del incidente.
- Los individuos que han sido víctimas de una violación se encuentran en mayor riesgo de contraer un TEPT que los que han sufrido otros delitos. De aquellos que han sido víctimas de una violación, el 80% desarrollará el trastorno, en especial si su vida corrió peligro o si hubo daño físico (factores que aumentan el riesgo de desarrollar la enfermedad).
- En estos casos, se debe evaluar al paciente respecto a las posibles comorbilidades.

4. Impacto de los traumas bélicos:

- Hay un considerable número de estudios llevados a cabo con muestras de veteranos de guerra, algunos de los cuales han sido realizados en Estados Unidos y se focalizaron, exclusivamente, en los Veteranos de Vietnam.

3.6 Instrumentos diagnósticos para evaluar el impacto

Cía (2001) refiere que en 1980, cuando el TEPT pasó a formar parte de la nomenclatura psiquiátrica oficial, se iniciaron una serie de investigaciones a fin de determinar la exposición al trauma. Se desarrollaron una multiplicidad de técnicas con el objeto de medir el impacto que el evento estresante ejerce en el individuo, entre ellas las entrevistas libres, semi-estructuradas y estructuradas, las técnicas psicométricas y los protocolos psicofisiológicos.

Evaluar la presencia de esta enfermedad implica conocer determinados factores contextuales. Estos son: las circunstancias histórico-sociales que enmarcan los hechos traumáticos; y, el ámbito cultural, social y familiar de la víctima. Ambos inciden en las reacciones psicológicas de la misma, a través de los síntomas de reexperimentación, evitación e hipervigilancia, según el tipo de evento traumático sufrido. Por lo tanto, el profesional debe establecer una relación entre naturaleza del agente estresante, el contexto socio-cultural y el ámbito vital de la persona.

Clasificación de los Instrumentos para evaluar la exposición a traumas

- 1) **Escalas que evalúan la exposición a traumas** (estas indican si un individuo estuvo expuesto a un evento traumático, evaluando de manera específica o general dicho acontecimiento).
- 2) **Instrumentos diagnósticos** (son entrevistas estructuradas sobre los trastornos postraumáticos, basadas en los parámetros expuestos en el DSM-IV).
- 3) **Escalas que evalúan la severidad de los síntomas del TEPT** (son cuestionarios que permiten conocer la intensidad de un síntoma específico del TEPT).
- 4) **Instrumentos Psicométricos** (en este tipo de instrumentos sólo el MMPI posee dos subescalas específicas para el TEPT).

3.6.1 Escalas que evalúan en adultos experiencias traumáticas generales

✂ **Inventario de experiencias potencialmente traumáticas (PSEI):**

Escala auto-administrada que evalúa la exposición ante una gran variedad de experiencias traumáticas generales. Permite conocer información de diferentes aspectos del trauma; dividiendo a los agentes estresantes, según su magnitud, en altos o bajos. Indaga sobre asaltos sexuales o físicos, combate, desastres naturales, robos, graves problemas financieros, muerte inesperada u homicidio de seres queridos.

✂ **Cuestionario de eventos traumáticos (TEQ):**

Instrumento auto-administrado cuya especificidad es mayor que la escala anterior. Evalúa 11 eventos traumáticos. Permite que el paciente revea las instancias en las cuales peligró su vida.

3.6.2 Escalas que evalúan traumas específicos (relacionados a conflictos bélicos)

✂ **Escala de exposición al combate (CES):**

Escala auto-administrable que se ocupa de los eventos traumáticos generados por conflictos bélicos. Se estandarizó como consecuencia de la guerra de Vietnam.

✂ **Escala para mujeres sobre agentes estresantes bélicos (WWSS):**

Es un instrumento auto-administrable que evalúa únicamente traumas de guerra relevantes a la experiencia de las mujeres veteranas de Vietnam.

3.7 Efectos de los desastres

Los efectos de los desastres naturales según **Kalayjian** (1995) son múltiples y pueden variar dependiendo de las siguientes variables:

- Riesgo histórico natural del área.
- Tipo de desastre.
- Grado y severidad del impacto.
- Características de los elementos expuestos.
- Recursos sociales, psicológicos, culturales y espirituales disponibles.
- Respuesta de las personas afectadas por el desastre.
- Respuesta de otros sobrevivientes de experiencias similares.

3.8 Tipos de pérdidas

Según **Kalayjian** (1995) se pueden considerar tres tipos de pérdidas: directas, indirectas y no detectadas.

- 1) **Pérdidas Directas:** consiste en el producto físico dañado, tal como víctimas que murieron o que fueron seriamente perjudicadas; así como también, los daños de la infraestructura de los servicios públicos. Daños en edificios, hospitales, industrias, comercios, y una disminución en la seguridad del medio ambiente.
- 2) **Pérdidas Indirectas:** consiste en los efectos sociales y económicos de un desastre. En el terreno social, puede verse afectado el transporte, la comunicación, los servicios públicos y los medios de comunicación. En el terreno económico, puede causar un quiebre o una gran desorganización en el comercio, la construcción, la economía, la producción, la importación y exportación, el turismo, etc.
- 3) **Pérdidas No Detectadas:** estas no son identificadas al momento del desastre o inmediatamente después. Son pérdidas difíciles de medir o calcular. Estas pueden ser la pérdida de la imagen positiva de una comunidad, la pérdida de documentos históricos irrecuperables, la pérdida de cohesión de la comunidad y la pérdida de continuidad y armonía.

3.9 Fases psicológicas del desastre

Kalayjian (1995) acordando con los expertos en campo de los desastres, considera que se deben tener en cuenta cinco fases psicológicas luego de ocurrido un desastre. Estas pueden variar en extensión e intensidad dependiendo de ciertos factores: vulnerabilidad, alcance del daño físico y recursos disponibles.

- 1) **Fase de Impacto inicial:** caracterizada por el incremento de ansiedad y miedos.
- 2) **Fase Heroica:** caracterizada por el hecho de que los sobrevivientes se ayudan el uno al otro tratando de transitar la situación de catástrofe. En esta fase es usual la conducta altruista.
- 3) **Fase de Luna de Miel:** caracterizada por las experiencias de alegría y regocijo por haber sobrevivido y por el hecho de sentirse importantes y especiales al recibir auxilio de varios particulares y de organizaciones gubernamentales.
- 4) **Fase de Desilusión:** caracterizada por el incremento de frustración y resentimiento con los funcionarios por fallar en proveer asistencia de un modo más oportuno. Por tanto, surge cuando el apoyo organizado es interrumpido, y los damnificados se enfrentan con dificultades considerables en la resolución de sus problemas.
- 5) **Fase de Reconstitución:** caracterizada por pensamientos y planes para la reconstrucción, y por la aceptación de la necesidad de asumir la responsabilidad por los problemas personales.

3.10 Aspectos culturales del trauma

Cía (2001) plantea que, el poder de **la cultura** reside en su carácter protector e integrador. Los individuos que se identifican fuertemente con una determinada cultura y sus valores, se encuentran protegidos y amortiguados por el apoyo y el sentido de identidad que la misma provee, particularmente en momentos negativos o traumáticos. Por ello, los cambios socioculturales muy violentos tienden a producir modificaciones drásticas en las expectativas de sus integrantes, acerca del significado de la vida y de los valores comunitarios o espirituales vigentes hasta entonces.

Su función persiste en tiempos violentos y sirve para reconstruir los daños que suceden a un desastre. Si bien los sucesos traumáticos tienen consecuencias predecibles, en algunos casos pueden ser minimizadas mediante la preparación, el entrenamiento o la valoración del riesgo eventual. Las pérdidas y las enfermedades pueden ser mejor manejadas por el individuo si cuenta con un buen grupo de apoyo o un entorno afectivo. La cultura es el vehículo que conlleva los valores que enriquecen a este proceso y los rituales que contribuyen a la superación. Por otra parte, la naturaleza de las experiencias traumáticas depende de cuáles son las expectativas culturales acerca de los riesgos. Por ejemplo, las culturas fatalistas aceptan la existencia de los sucesos traumáticos como riesgos externos e inmodificables.

Cuando los recursos psicosociales y terapéuticos científicamente comprobados son insuficientes, el uso de diferentes rituales tiende a colaborar en la recuperación.

Las narrativas que se usan para afrontar la muerte toman diferentes formas, pero todas ellas sirven para el mismo propósito, integrar la experiencia personal dentro de la corriente adaptación social.

La conciencia de una sociedad y su memoria acerca de los valores, los sufrimientos colectivos y sus raíces, son nutrientes básicos de la cultura y contribuyen a prevenir que las secuelas de las viejas heridas se transformen en prejuicios sociales y futuras victimizaciones.

Afrontar, recuperarse o sucumbir a un trauma, son todos aspectos de la condición humana. A lo largo de los últimos años, el impacto de los sucesos traumáticos y sus consecuencias sobre el individuo han llamado la atención a los profesionales.

Existe una interacción entre lo psicológico y lo cultural, mediatizado por los valores y costumbres del entorno social. Ambos deben ser tenidos en cuenta, dado que influyen sobre la manera en que el individuo vivencia los sucesos negativos y les asigna un significado.

La atribución de significado a un trauma, sobre todo si el acontecimiento es grupal, implica evaluar las relaciones interpersonales del individuo en el contexto de la sociedad y la cultura en la cual está inmerso. El contexto socio-político, religioso y las normas culturales, acerca de la restitución y la superación de un proceso de duelo, integran las influencias de la cultura, que muchas veces pueden mitigar el impacto del trauma. Factores étnicos y culturales se ponen en juego y se manifiestan en las respuestas afectivas o cognitivas peculiares del individuo y su grupo.

3.11 El infierno como metáfora en el traumatizado

En boca de muchos traumatizados, eclosiona a menudo y casi sistemáticamente la palabra «*infierno*», como referencia a la vez evocadora e imprecisa de la experiencia que acaban de vivir. El infierno, empleado aquí como metáfora, constituye un lugar mítico y misterioso del que no se puede poseer ningún conocimiento verídico, carentes todos los individuos de la experiencia de haber muerto. Se limitan a evocarlo a través de representaciones mentales forjadas en su imaginario, sus leyendas y sus culturas. Se dice que es el lugar de los difuntos, que es también lugar de los sufrimientos, castigos y expiaciones. Por tanto, cuando el soldado sobrevive a un combate mortífero, cuando el civil escapa de un bombardeo apocalíptico, cuando la víctima emerge de los escombros de una gran catástrofe, o cuando acaba de sufrir los horrores de la violación o de la tortura, dicen que «retornan del infierno». Forman parte de una experiencia de muerte, de horror y de sufrimiento, pero también de una profunda modificación de la existencia que va a manifestarse en el reencuentro con los vivos (Crocq, 2003).

Según el autor, un caso clínico, expuesto a través de las propias palabras de la paciente, ilustrará en qué sentido su trauma ha constituido una incursión en el infierno, una estancia en el infierno y un retorno del infierno, con la perpleja interrogación que suscita este retorno.

Caso clínico:

«La bomba explotó a pocos metros de mí, de frente, con un gran esplendor. No creo haber perdido el conocimiento, pero me encontré elevada y flotando, de pie, con los brazos separados. No me sentía mal y no estaba gravemente herida, porque, según se me dijo más tarde, la mesa detrás de la cual me guarecí me había protegido el tronco, y solamente fueron afectados mis brazos y mis piernas por las esquirlas de vidrio, y los ojos momentáneamente cegados por el efecto de la explosión. Yo no sentía nada, y estaba incluso en un estado total de bienestar, liviana y sin pensar en nada, como con un gran vacío dentro de mí. Me dije ¿qué es esto, la muerte?. A continuación, lamenté ya no experimentar ese estado de bienestar. Porque lo que siguió fue penoso. Lo mas penoso no es el atentado, sino el después. Mas allá de los veinte días en el hospital y de los dolores causados por las explosiones y algunas quemaduras, todo comenzó a andar mal uno o dos meses mas tarde, cuando empecé a tener visiones de personas heridas alrededor mío, como flashes y pesadillas de bombas y explosiones, que me despertaban, sobresaltada, muchas veces durante la noche, con el corazón laténdome fuertemente, y tenía temor a salir e ir a mi trabajo, donde había sucedido el atentado, veía terroristas en todos los transeúntes y bombas en todas las valijas. Todo el día pensaba en los terroristas, por qué habían hecho eso y por qué había caído sobre mí, y que tal vez ellos me buscaban aún para matarme... Y lo mas duro, eso, fueron los otros. Mi marido y mis hijos eran amables conmigo, pero yo sentía que los irritaba con mis temores continuos. Ellos no podían comprender lo que me había ocurrido. Los policías me habían interrogado, pero todo lo que les interesaba, eran las pistas. Los médicos, apresurados, me escuchaban distraídamente y me prescribían medicamentos. Yo no le interesaba a las asociaciones de víctimas, porque había quedado poco herida: ¡desde el momento en que uno tiene sus brazos y sus piernas, arrégleselas, usted no le interesa a nadie! En cuanto al psiquiatra que me examinó, y a quien tuve la imprudencia de contar el estado de bienestar que había experimentado, justo después de la explosión, se burló de mí y me trató de histérica. Se levantó un muro entre todos los otros y yo. Y lo peor, tal vez, es que yo misma cambié completamente. Un día, mi hija me había confiado su bebé para que se lo cuidase y yo me alegré anticipadamente; pues bien, cuando se lo devolví a la noche, me di cuenta que era incapaz de amar. Todos lo gestos que había realizado para ocuparme del bebé, lavarlo, arroparlo, alimentarlo, los había ejecutado como una máquina. Todo era muerte en mí, momificada, estoy muerta en mi interior, soy una muerta entre los vivos que me rodean y que no lo saben. Esto es lo más terrible».

Según **Crocq** (2003), a través de sus palabras, esta mujer, que se encontraba entre las numerosas víctimas de un atentado perpetrado en 1986 en un centro comercial parisino, ha expresado su profunda confusión, con los principales síntomas de una neurosis traumática y el profundo cambio de personalidad que la caracteriza. Por lo demás, en el relato de este cambio, todo evoca una visita a los infiernos y un retorno del mismo: la experiencia inaugural de la muerte y el retorno con reminiscencias, el sentimiento de estar en lo sucesivo impregnada por la muerte, y una nueva mentalidad, una imposibilidad de comunicarse con los demás.

El autor se pregunta ¿Qué ha querido decir esta paciente? ¿Cuál ha sido su experiencia de la muerte y qué le hace evocar tan espontáneamente el infierno? Y, al retorno de esta experiencia, ¿qué mensaje trae, para los otros y sobre todo para sí misma? Entonces, que son, para el traumatizado, la entrada, la permanencia, y, el retorno de los infiernos y su mensaje.

De la **entrada a los infiernos**, cada uno se concede retener la vivencia de sorpresa, imprevisibilidad, espanto, el sentimiento de ausencia de socorro y la angustia que se sigue de ello. Pero es sobre todo la confrontación con la muerte y la perspectiva inminente de la propia desaparición, que dominan esta inmersión y que se despliegan en una vivencia de extrañamiento y desrealización. Pasado este estado inicial de inmersión, sobreviene la **estancia en los infiernos**. El traumatismo es vivido a menudo ahí, como horror absoluto, terror perpetuo, sufrimientos y tormentos que superan todo lo previamente padecido, con una sensación de ausencia de escapatoria, que desemboca en la desesperación. En esta estancia subsiste una atmósfera de extrañamiento y desrealización que suscita el descubrimiento, por parte del sujeto, de que a partir de ese momento pertenece a un nuevo mundo.

Al **retorno del infierno**, se constituye el síndrome psicotraumático como remanente de la experiencia traumática. Fijación al trauma que persiste en presentarse en reviviscencias realistas y ansiógenas. Memoria bruta, más bien que recuerdo construido. Un vago recuerdo primario, no elaborado, mezcla de imágenes, sensaciones y vivencias ligadas a la experiencia traumática inaugural. Para el «sobreviviente» (palabra que expresa claramente que se trata de un suplemento de vida inesperado, y hasta quizás una nueva vida), el «resucitado», o el «aparecido», el retorno de los infiernos, es experimentado bajo la modalidad de la remanencia de lo irreal. El sujeto permanece aún impregnado de su viaje a los infiernos, y conserva a la vez las visiones y vivencias que allí ha tenido, y una cierta perplejidad, una duda sobre la realidad de eso que reencuentra y sobre su propia existencia. Ya no reconoce su mundo anterior, que le parece lejano, no familiar; y ya no reconoce a sus semejantes, los vivientes, que le parecen extraños. Más exactamente, le parece que los demás no pueden comprender lo que él les dice, lo que le ha ocurrido; y renuncia a hablarles. Por lo mismo, no puede recuperar su temporalidad normal, y su tiempo permanece suspendido, fijado al instante del trauma, perpetuándose en el porvenir. Finalmente, el sujeto no se reconoce a sí mismo y a través de los testimonios se vislumbra esta despersonalización: yo muerto, yo momificada. Esta alteración de la personalidad, se caracteriza por el establecimiento de una nueva relación del sujeto con el mundo, con los otros y consigo mismo. Una nueva manera de sentir, de percibir, de pensar, de amar y de actuar.

Crocq destaca, también, que la relación del aparecido con los otros es un fenómeno que se conjuga de a dos; y que la actitud de los otros con el sobreviviente, es complementaria de su vivencia de ser diferente.

Pero el traumatizado puede también interrogar su perplejidad, su alienación y descubrir este «otro- él» retornado del infierno con él; descubrir el cambio que esta experiencia ha promovido en su alma, y la posibilidad de asumir este cambio y asimilar esta nueva alma a la anterior. Obrar de forma que la experiencia traumática no sea más un cuerpo extraño, sino una peripecia de la existencia, entre otras, faustas o adversas.

3.12 Lo disruptivo

Benyakar (2003a) se pregunta «... ¿Cómo puede ser que nosotros, los profesionales de la salud mental, cuando atendemos a un paciente cuyo psiquismo sufrió el impacto abrupto y doloroso de un evento externo, llamemos a este hecho «trauma» basándonos simplemente en la característica del evento?...». Cada vez que se realiza esta afirmación contando como único dato con el hecho de que el paciente recibió un impacto fuerte y doloroso sin tomar en cuenta el modo en que ese impacto fue elaborado, se está desconociendo al paciente que puede responder a los impactos del mundo externo de muchas otras maneras además del trauma (Herman, 1997).

A partir de esto, el autor propone distinguir y caracterizar los diferentes elementos que participan de la situación: el hecho que viene de afuera, el impacto que sufre el psiquismo y el modo en que se articulan ambos fenómenos en el interior del sujeto. Dicha distinción se torna esencial para fundamentar un diagnóstico y una estrategia de tratamiento adecuados. Así, para avanzar en este sentido, el autor propone el concepto «**disrupción**». Lo cual permite usar el término «**disruptivo**» para reemplazar la palabra «traumático» cada vez que se hable de los hechos y las situaciones que ocurren en el mundo externo; se trata de proponer otra manera de pensar el problema.

El autor retoma la significación del término disrupción en latín, para acercarse hacia una definición del mismo, y dice: «...*disruptir* significa destrozarse, hacer pedazos, romper, destruir, establecer discontinuidad...». Por lo tanto, define «**disruptivo**» como «*todo evento o situación con la capacidad potencial de irrumpir en el psiquismo y producir reacciones que alteren su capacidad integradora y de elaboración*».

Su importancia radica, según el autor, en que es un término que permite distinguir el hecho fáctico externo del hecho psíquico interno, cosa que la mentada fórmula «situación traumática» no sólo no hace sino que confunde.

La fórmula «**situación traumática**» es comúnmente usada para referirse a situaciones como accidentes, muerte de un ser querido, enfermedad grave, discapacidad repentina, quiebre económico y otras situaciones similares. También suele ser usada para referirse a desastres y catástrofes colectivas, tanto cataclismos naturales como guerras o migraciones forzadas. A todos estos eventos extraordinarios, no habituales e indeseables, se los caracteriza como «traumáticos»; asignando así, a priori, como si les fuera inherente, el hecho de producir un efecto devastador específico sobre el psiquismo humano. Desde la perspectiva del autor, tal manera de pensar trae aparejada tres problemas: 1) desconoce y no se ocupa de conocer la singularidad y especificidad de los diferentes eventos fácticos; 2) deja de lado la singularidad del sujeto que vive la situación, y 3) ignora lo idiosincrásico de la relación entre un evento específico y un sujeto particular. Por lo tanto, calificar una situación como traumática por la potencia o la intensidad que el consenso social le asigna es adjudicar un rasgo propio del orden psíquico a un evento del orden de lo fáctico.

El autor propone **tres conceptos para pensar en una situación disruptiva**: 1) el **evento** fáctico, el cual refiere a ese aspecto de la existencia que suele llamarse «mundo externo»; 2) la **vivencia**, la cual remite exclusivamente a lo que se llama «mundo interno», y 3) la **experiencia**, que alude simultáneamente al evento fáctico y a la vivencia conjugados o articulados.

El autor denomina «**evento**» a todo aquello que es, no porque se nos ocurra pensar en ello, sino que no es afectado por lo que podamos pensar del mismo. Es decir, que todo evento tiene la capacidad potencial de irrumpir en personas, instituciones y comunidades. Si ese potencial se realiza, se altera en éstas un estado existente de equilibrio y se producen distintos tipos de reacciones. En tal caso, se tratará de un evento fáctico disruptivo, donde la cualidad de disruptivo corresponde exclusivamente al evento o situación capaz de provocar una discontinuidad o una distorsión en el modo humano de elaborar. Esto último, estaría indicando que hay un modo de elaborar adecuado a las capacidades del psiquismo. Por eso lo que para un niño puede ser disruptivo, para un adulto no lo será, así como lo que pueda resultar disruptivo para un individuo adulto no lo será para otro. Porque esa especial relación entre las cualidades del evento y la capacidad de elaboración es distinta en cada caso.

El autor plantea que **disruptivo** es un concepto relacional puesto que es una cualidad que se predica de un fenómeno que actúa inevitablemente sobre algo o alguien. Por tanto, el potencial disruptivo inherente al fenómeno tiene un componente que lo relativiza. Lo relativo es el impacto según el individuo que lo viva y la circunstancia en la que se encuentre en ese momento.

Un evento se consolida como disruptivo cuando desorganiza, desestructura o provoca discontinuidad. La desorganización y lo que ocurra con ella no le pertenecen al evento sino que dependen del sujeto que lo vive. No obstante, existe una serie de eventos, por ejemplo, la guerra, un atentado terrorista, que son disruptivos en sí mismos. Dicha consideración, sin embargo, no autoriza a evaluar los acontecimientos a priori ni a generalizar tal evaluación.

A continuación, el autor describe una serie de **cualidades que potencian la capacidad disruptiva de un evento**, a saber:

- Ser inesperado.
- Interrumpir un proceso normal y habitual, necesario para mantener el equilibrio.
- Minar el sentimiento de confianza en los otros.
- Contener rasgos novedosos no codificables ni interpretables según los parámetros que ofrece la cultura.
- Amenazar la integridad física propia o de otros significativos.
- Distorsionar o destruir el hábitat cotidiano.

Siguiendo al autor, la **vivencia** es un concepto metapsicológico que alude a la actividad psíquica. Es la que otorga especificidad a la subjetividad; y dado que, es el producto de un modo de procesar que tiene el psiquismo, la vivencia está siempre implícita en todo lo que una persona dice. Asimismo, el autor denomina «**vivenciar**» al proceso que produce la vivencia. El vivenciar consiste en el proceso mediante el cual se despliega la capacidad de articular el afecto con la representación y así poder procesar los eventos fácticos a los que se ve expuesta a lo largo de la vida (Benyakar, 1998).

Tanto la vivencia como el vivenciar admiten diversas formas patógenas, así, ambas pueden ser traumáticas o de estrés. Que tengan una u otro carácter depende tanto de sus cualidades como de las formas en que son procesadas.

Desde esta perspectiva, cuando un evento fáctico circunscrito en el tiempo y espacio impacta sobre el psiquismo desorganizando pero a la vez permite una reorganización posterior, se habla de «**vivencia de estrés**». El vivenciar de estrés es un proceso desregulador que no desarticula sino que desestabiliza la articulación afecto-representación. Enfrentarse a eventos desagradables puede producir displacer pero, si se cuenta con la capacidad de articular el afecto con la representación, el evento será elaborable. Y si el impacto en el psiquismo de un evento es de una naturaleza que rompe la articulación existente y el evento se presenta y conserva en el psiquismo como hecho no elaborado ni elaborable, da lugar a la «**vivencia**

traumática» (Benyakar, 1998). O sea, la vivencia traumática remite a un corte o interrupción en el proceso articulador, tanto en el espacio intrapsíquico como en la relación entre mundo interno y mundo externo. Por tanto, el vivenciar traumático es un proceso fallido de la articulación entre afecto y representación.

La **experiencia**, según el autor, se refiere a la conjugación de la vivencia con un evento fáctico. Esta es pensable y comunicable. De hecho, las personas en los consultorios hablan de experiencias. Lo que se dice remite a una conjugación particular entre el evento fáctico relatado y una vivencia específica, o sea, remite al modo en que nuestro psiquismo procesó el impacto que nos hizo tal evento.

Los **desastres**, al igual que todo hecho que irrumpe abruptamente en el aparato psíquico, pueden ser conceptualizados desde las **situaciones disruptivas**, en las cuales el mundo externo invade de manera súbita el mundo interno provocando la ruptura de un equilibrio existente hasta ese momento, tanto en el área individual o institucional o social. La ruptura de este equilibrio puede ser transitoria permitiendo una reorganización o permaneciendo como un evento no elaborado ni elaborable (Benyakar, 1999). Lo disruptivo puede ser vivenciado como estresogénico o traumatogénico.

Lo **estresogénico** es la reacción psíquica que, sin llegar a ser traumática, produce altos montos de angustia y una variada sintomatología. Lo **traumatogénico** se produce cuando un hecho disruptivo provoca un colapso de las relaciones entre lo psíquico, lo temporal y lo social; la angustia es angustia ante el vacío de significación, ante la imposibilidad de ligadura simbólica (Benyakar, 1989).

Desde esta perspectiva, es posible considerar que ante la ocurrencia de una situación disruptiva, se activan modos de procesar inherentes a cada persona. Todo depende como sea el encuentro entre las características del evento y las características del individuo. Es por esta razón, que será de un modo diferente para cada uno.

¿Porqué una catástrofe, desastre o emergencia comunitaria puede derrumbar a una persona, grupo, familia en tanto que otras emergen de la desgracia fortalecidas y con mayores recursos para afrontar la vida?

3.13 El modelo de vulnerabilidad individual

Según **Violanti** (2003), los modelos estadísticos señalan que una personalidad positiva puede influir en el modo de reaccionar frente a un evento traumático. La mera exposición a una situación crítica no es suficiente para provocar angustia. En efecto, son numerosas las personas que transitan por sucesos difíciles sin padecer la menor consecuencia psíquica negativa, mientras otras reaccionan intensamente frente a los mismos eventos. De hecho, interviene aquí el factor de **vulnerabilidad personal**, el cual permite evaluar la influencia de un suceso sobre un individuo en función de su sensibilidad.

Se podría definir la **vulnerabilidad** como el límite por el cual una persona confrontada con una situación difícil, se sumerge o no en la desesperanza (Kessler, 1979). Cada persona posee su propio umbral de resistencia. Algunos de los medios que permiten enfrentar los síntomas traumáticos y hacer que el suceso crítico este al servicio de la evolución personal, son la capacidad de resistencia (hardiness) y de resiliencia. Las intervenciones patogénicas podrían aumentar la vulnerabilidad, ya que admiten desde el inicio que las personas presentes sufrían de síntomas postraumáticos en su guión de vida. Según el autor en una intervención es importante sostener y alentar a todos para el uso de las fuerzas personales positivas. Este es el mejor medio para disminuir la vulnerabilidad y para favorecer el proceso de integración.

3.14 Repensar una psicología desde los recursos positivos

Según **Perez Sales y Vázquez Valverde** (2001), las necesidades de servir a la población que sufre trastornos mentales y de definir, en consonancia con ello, cuales son las principales formas de sufrimiento del ser humano no deben impedir, a los profesionales de salud mental, la construcción de una psicología del ser humano que busque una actividad de **prevención** primaria a través de la detección de qué factores individuales y educativos hacen al ser humano más resistente ante la adversidad y, en cierto modo, con mayor capacidad para un disfrute de la vida. Dentro de esta línea de pensamiento constituye un elemento importante cuestionar el concepto de trauma como elemento clave de la reflexión sobre las consecuencias de las adversidades sobre los hombres y las comunidades, y la obsesión de la psicología académica occidental por centrar en torno al concepto de trastorno de estrés postraumático el amplísimo campo de las consecuencias de hechos negativos de violencia y su modos de afrontamiento.

La psicología contemporánea debería ser capaz de contribuir a la creación de teoría y modelos sobre la fortaleza y la resistencia humanas que contrapesen los muchos modelos existentes sobre las debilidades y modos de presentar patología. Ante un hecho traumático la mayoría de la población es capaz de desarrollar una respuesta adecuada. El énfasis es aquí, por tanto, en los factores que pueden aumentar la resistencia más que en proponer nuevos modos de afrontar el daño traumático.

El hecho de considerar que cada persona vivencia el estrés de una manera distinta, ha llevado a un interés cada vez mayor en la comprensión del papel de los recursos personales y otros recursos individua-

les, como mediatizadores en la expresión y formas de manifestación del estrés. Dentro de estos, se pueden considerar las características de personalidad, los procesos de afrontamiento, la prevalencia de determinadas respuestas afectivas (afectividad positiva vs. negativa), las actitudes ante la vida (optimismo vs. pesimismo), la fortaleza psicológica («hardiness»), resiliencia, y un concepto relativamente reciente como es el «sentido de coherencia».

3.14.1 Afrontamiento

El concepto de *afrontamiento* es la traducción del término inglés «*coping*», que se refiere a la acción de afrontar, de hacer frente a una amenaza, un peligro, un enemigo, una responsabilidad, etc. Es un conjunto de respuestas - cognitivas o conductuales- que ejecuta un individuo para manejar una situación estresante y reducir de algún modo sus cualidades aversivas.

Lazarus y Folkman (1986), definen al afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

A través de los años, se han realizado innumerables intentos para clasificar las diversas formas de afrontamiento. Lazarus y Folkman entendieron al afrontamiento en términos de proceso; esto implica, por un lado, que el mismo puede ser adaptativo o no, eficaz o ineficaz, es decir, que hay que separarlo de los resultados ya que éstos dependen de diversos factores tales como la persona, el tipo de estresor y la relación entre ambos. Por otra parte, se entiende que el afrontamiento depende del contexto; existe una forma de afrontamiento adecuada para cada situación y para cada momento.

Estos autores sugirieron un esquema de dos **categorías o funciones principales del afrontamiento**, una focalizada en el **problema** y otra en la **emoción**.

La función del afrontamiento focalizado en el problema es cambiar la relación yo-ambiente, ya sea actuando sobre el ambiente o sobre sí mismo. Lo que se busca es manejar o disminuir la fuente generadora de estrés.

En esta categoría entran las estrategias que tienen como objetivo eliminar la causa de un problema intentando encontrar su solución.

Pero a su vez, el estrés produce conflictos emocionales. El afrontamiento centrado en la emoción permitirá cambiar el modo en que se interpreta lo que está ocurriendo, con el objetivo de disminuir el malestar y el dolor emocional. Esta categoría incluye las estrategias que intentan controlar y reducir las emociones desagradables que genera el estrés, aquellas reacciones que no resuelven el problema, pero que hacen sentirse mejor ante la amenaza.

Ambas formas de afrontamiento no son independientes una de otra y pueden facilitarse e interferirse mutuamente. Es decir, el disminuir estados como la ansiedad o el miedo puede facilitar la resolución de un problema; a su vez, el solucionar un problema puede llevar a reducir la respuesta emocional.

El afrontamiento depende de la **evaluación** que la persona haga respecto de lo que puede o no hacerse para cambiar una situación. Si el sujeto considera que nada puede hacerse, predomina el afrontamiento focalizado en la emoción. Si la persona cree que la situación puede controlarse mediante la acción, entonces predomina el afrontamiento focalizado en el problema.

Los autores consideraron **ocho dimensiones** (o estrategias) de afrontamiento, entre las que se encuentran:

- **Confrontación:** conjunto de acciones que emprende la persona para solucionar un problema de forma directa, y en cierto modo agresiva.
- **Distanciamiento:** esfuerzos mentales que se realizan para separarse u olvidarse de un conflicto y evitar el sufrimiento.
- **Autocontrol:** estrategias que pretenden controlar tanto las constantes fisiológicas como la conducta y el pensamiento.
- **Búsqueda de apoyo social:** acciones que implican acercarse a alguien para sobrellevar o solucionar un problema; pedir ayuda, información, un consejo.
- **Aceptación de la responsabilidad:** esfuerzo mental para asumir los propios deberes y obligaciones en determinada situación.
- **Huida-avoidance:** conductas dirigidas a eludir enfrentarse con el problema. Es decir, que implica el empleo de un pensamiento irreal improductivo («ojalá hubiese desaparecido esta situación») o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
- **Planificación:** estrategias que intentan resolver un problema mediante el análisis lógico de la situación; establecer un plan de acción.
- **Reestructuración cognitiva:** esfuerzos mentales que nos permiten elaborar una interpretación más favorable del problema.

Las estrategias en sí, no son ni malas ni buenas, o unas mejores que otras. Su valor dependerá de las circunstancias y del modo en que sean adaptativas. Por lo tanto, se infiere que no hay tácticas universalmente buenas o malas para enfrentar una determinada situación crítica.

3.14.2 Hardiness

Kobasa et al. (1982) desarrolló este concepto a partir de la observación de personas que ante hechos vitales negativos parecían tener unas características de personalidad que les protegían.

El concepto de *hardiness* ha sido considerado como una característica de la personalidad que en algunas personas actúa como reforzadora de la resistencia al estrés. La resistencia al estrés sería definida por tres conceptos: -**Commitment** (compromiso), -**Control** (control), -**Challenge** (Reto o Desafío).

Según **Inbar** (1995), las experiencias realizadas con afectados por desastres masivos y catástrofes, tienden a indicar que la adopción de algunos conceptos de la **fortaleza psicológica** (*hardiness*) integrados en un modelo psico-educativo y terapéutico, pueden ser útiles como intervención preventiva y postraumática. El desarrollo de ciertas características de «personalidad», están correlacionadas e incluso podrían explicar la capacidad de ciertos individuos de afrontar eventos existenciales estresantes. Las características identificadas son: compromiso-involucración, control, desafío, y el autor agrega, flexibilidad.

- **Compromiso- involucración:** Se refiere al desarrollo de la sensación de trascendencia y construcción de significado. Influye en la evaluación cognitiva (en el sentido en que el evento vivenciado tiene trascendencia personal), incrementa la sensación de identificación con lo que acontece (no sólo con el dolor sino con los esfuerzos de afrontamiento y recuperación) y permite una atribución significativa y no personalizada del evento (evitando así una atribución negativa distorsionada que resulta de adjudicarse culpabilidad y factor causal del acto terrorista).
- **Control:** Corresponde a la sensación del individuo de influir en el entorno social, en los acontecimientos y en sus conductas durante la situación de crisis, y también a la posibilidad de elegir, aunque sea limitadamente, entre distintas opciones (como el afrontar o el evadir). Aquellos individuos que han desarrollado una sensación de control sobre lo que ocurre, o se autoperciben como poseedores de recursos adaptativos se confrontarán más efectivamente, frente a situaciones estresantes, ansiógenas o traumatizantes, que aquellos que se autoevalúan como carentes de recursos y habilidades de control. Inclusive en situaciones extremas como actos de terrorismo, aquellos poseedores de una sensación de control, aún relativo, se enfrentarán más efectivamente y expresan menor sintomatología de estrés post-traumático. Según el autor, distintos tipos de control pueden ser desarrollados a través de diferentes técnicas cognitivas:
 - a) **Control decisional**, o la capacidad de decidir autónomamente entre distintos cursos de acción para afrontar el estrés.
 - b) **Control cognitivo**, o la habilidad de interpretar, evaluar e incorporar distintos tipos de eventos estresantes en un plan, y de esa manera, desactivar sus efectos negativos.
 - c) **Control motivacional** de afrontamiento, o la habilidad de desarrollar un gran repertorio de respuestas accesibles frente al estrés, producto de una motivación para conseguirlos y ejercitarlos en distintas ocasiones.
- **Desafío:** Esta característica hace referencia a la percepción de la situación de crisis y su afrontamiento como un desafío emocional, conductual y social. Aquellos que lo perciben solamente como una amenaza psicológica tienden a enfrentarse en forma desadaptada e inefectiva y manifiestan mayor sintomatología de desórdenes de estrés post-traumático (PTSD). A pesar de los aspectos negativos de la crisis producida por actos de terrorismo, como el de la AMIA, es posible, frente a la realidad objetiva, percibir la situación como una nueva oportunidad de crecimiento, desarrollo y aprendizaje. Esto se relaciona con la flexibilidad y tolerancia a la ambigüedad.
- **Flexibilidad:** para todo lo anteriormente expuesto, se requiere de una actitud abierta y flexibilidad para una experimentación renovadora.

El autor refiere que, estas características de «personalidad» son educables, entrenables y pueden ser obtenidas por medio de intervenciones psicoeducativas o terapéuticas en las etapas de preadvertencia y post-impacto, respectivamente.

La sensación de control puede ser desarrollada por medio de programas psicoeducativos cuyo foco principal puede ser de auto-control cognitivo, emocional y comportamental. Pero también, mediante proyectos dinámicos, donde el afectado es protagonista activo a través de manifestaciones y expresiones de solidaridad comunitaria.

El componente del desafío es evidente. Se trata de afrontar la realidad, continuar a pesar de lo ocurrido, modificar lo modificable, mantener la educación comunitaria y fortalecer la tolerancia.

3.14.3 Resiliencia

Según **Klinkert** (2002), los seres humanos no se encuentran totalmente desprotegidos y vulnerables ante la fuerza de un evento que en sí mismo puede implicar daño o riesgo de daño. Todos poseen una especie de escudo protector que es la resiliencia, lo que evitará que esas fuerzas actúen inexorablemente sobre ellos mismos, porque sirve como una especie de filtro que atenúa los posibles efectos desagradables o nocivos, y muchas veces logra incluso transformarlos en factores de superación.

El vocablo **resiliencia** tiene su origen en el idioma latín, en el término resilio que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. Según **Vanistendael** (1994), lo que implica el concepto de resiliencia es tan antiguo como la misma humanidad. No obstante, sólo aparece recientemente como tal, incorporado a los principios de la ingeniería, para referirse a la característica que tienen ciertos materiales empleados en la construcción, de recobrar la forma original con la que fueron moldeados, después de haber sido sometidos a una presión deformadora.

Según Klinkert, la adopción del concepto de resiliencia dentro del contexto de las ciencias humanas sucede casi al azar, inicialmente en el mundo anglosajón. La doctora Emy Werner observó durante largo tiempo el proceso de desarrollo de niños hawaianos de la isla de Kauai, que habían nacido y crecido en medio de familias con diferentes problemas; y, para su sorpresa, descubrió que algunos de ellos, en contra de lo que se esperaba, crecían convirtiéndose en adultos felices, bien adaptados y creativos. Así, el término fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos (Rutter, 1993). La noción de resiliencia fue desarrollada para describir el proceso permanente de crecimiento interior a partir de los riesgos de la existencia (Tedeschi y Calhoun, 1996). Para Williams y col. (1997) la resiliencia designa también la capacidad para enfrentar con coraje situaciones difíciles. De acuerdo a la mayoría de los autores, hace referencia no solamente a individuos particulares, sino también a grupos familiares y comunitarios, y consiste en la capacidad que tienen las personas para actuar correctamente y tener éxito pese a las circunstancias adversas que lo rodean, para recuperarse después de vivir eventos estresantes y reasumir con éxito su actividad habitual (Hernández, 1998). Es una cualidad dinámica que se encuentra latente en el interior de cada ser humano, cualidad siempre cambiante que surge de la creencia en la propia eficiencia para enfrentar los cambios y para resolver problemas.

El *enfoque de la resiliencia* parte de la premisa que nacer o vivir en un ambiente psicológicamente insano, son condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas. El concepto de resiliencia alude a las diferencias individuales que manifiestan las personas entre sí, al estar enfrentadas a situaciones de riesgo. La resiliencia abre un abanico de posibilidades, en tanto enfatiza las fortalezas y aspectos positivos, presentes en los seres humanos, en lugar de hacerlo en sus limitaciones. Más que centrarse en los circuitos que mantienen las condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas, se preocupa de observar aquellas condiciones que posibilitan un desarrollo más sano y positivo, apostando, así, a la prevención y promoción.

Algunas definiciones:

- Capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas (Grotberg, 1995).
- La resiliencia es un constructo psicológico, considerada como la capacidad para soportar las crisis y adversidades en forma positiva, afrontar de manera efectiva situaciones de estrés, ansiedad y duelo, adaptarse de forma inteligente a los cambios surgidos, resistir y sobrellevar los obstáculos en situaciones de incertidumbre, crear procesos individuales, grupales y familiares (en ciertas circunstancias, también comunitarios) logrando recobrase y recuperarse para continuar su proyecto de vida y continuar conduciéndose para lograr sus objetivos (Inbar, 1996).
- Tagle (2000) define la resiliencia como la capacidad de superar la adversidad y salir fortalecido de ella. Resiliencia no significa invulnerabilidad ni impermeabilidad al estrés, se relaciona más bien con el poder «de rebotar y recuperarse».
- Según Infante (2001), la resiliencia puede entenderse como un proceso dinámico que deriva en adaptación positiva dentro de un contexto de significativa adversidad. Esta definición evidencia tres componentes básicos: proceso, adversidad y adaptación positiva.

3.14.4 Sentido de coherencia

El concepto representa la capacidad que tiene la persona para percibir el significado del mundo que le rodea, así como para advertir la correspondencia entre sus acciones y los efectos que éstas tienen sobre su entorno. Este concepto fue desarrollado por el sociólogo y médico Aaron Antonovsky después de la Segunda Guerra Mundial al estudiar a los supervivientes del Holocausto nazi. Al igual que Victor Frankl, creador de

la logoterapia, descubrió que la gente que tenía un claro sentido del significado de sus vidas y un fuerte sistema de creencias espirituales o filosóficas soportaban mejor los momentos traumáticos (Antonovsky, 1990).

Este concepto se encontraría a medio camino entre el control percibido y la respuesta de afrontamiento ante una situación de estrés. El autor lo define del siguiente modo:

«Una orientación global que expresa el grado en el que uno tiene un sentimiento generalizado y estable, aunque dinámico, de confianza en que: (a) los estímulos provenientes tanto del entorno externo como interno en el curso de la vida, están estructurados, son previsibles y explicables (comprensibilidad), (b) que los recursos para atender las demandas que esos estímulos suponen están disponibles, y (c), que estas demandas suponen retos dignos de invertir esfuerzo y compromiso por parte del sujeto (significación) (Antonovsky, 1990, p. 33). «

El concepto de **Sentido de Coherencia** es relativamente reciente. La connotación más novedosa de la propuesta de este autor, radica en el énfasis que coloca en los factores adaptativos y de bienestar, más que en aquellos que se refieren a las debilidades y la vulnerabilidad humana. En esta dirección define a su constructo como una «**orientación salutogénica**», dirigida a la búsqueda de los factores promotores de la salud y el bienestar. El estudio de los estresores pierde importancia, en tanto se consideran omnipresentes para todo sistema viviente.

Antonovsky considera que el sentido de coherencia (SC) no es un rasgo específico de la personalidad, ni un estilo particular de afrontamiento; es más bien una orientación disposicional generalizada, una habilidad para seleccionar el estilo de afrontamiento que mejor se ajusta a una situación dada. Lo característico en las reacciones de la persona que posee un buen sentido de coherencia (SC) es la amplitud con que perciben que la situación es inteligible, que los recursos para manejarla están disponibles y que es importante para la persona el reto que esto supone (Roca Perara, 2001).

Como puede apreciarse, esta orientación propone tres componentes:

- **Comprensibilidad:** es la medida en que se tiene una sensación cognitiva de que la estimulación ambiental es ordenada, consistente y clara, en lugar de caótica o azarosa. El entorno no tiene que ser necesariamente placentero, aunque la situación sea «objetivamente estresante», hay una impresión de entender lo que ocurre, que se deriva de la forma consistente y estable, en la persona, de comprender el curso de los acontecimientos a lo largo de su ciclo vital,... aunque puedan aparecer momentos de confusión, la persona tiende a reestructurar la situación de modo que la misma devenga coherente con su cosmovisión.
- **Manejabilidad:** es la medida en que uno percibe que tiene los recursos disponibles para afrontar las demandas del ambiente. La manejabilidad se ve favorecida por el balance de recursos hecho por la persona, en la confianza de que podrá dar la respuesta efectiva a las demandas del entorno.
- **Significatividad:** es el componente principal porque es el elemento dinámico, motivacional, que conduce a la persona a implicarse activamente en la situación y a buscar los recursos que permitan el afrontamiento efectivo de la misma. Implica el sentimiento de que los estímulos tienen sentido, que la vida no es una amenaza sino un reto y merece la pena el compromiso con lo que se hace, expresado en la inversión emocional y la puesta en acción de conductas orientadas a la consecución de las metas.

Capítulo N° 4:

Formas de respuesta al impacto de las situaciones de catástrofe y desastre

A través de la evolución y de la historia, los seres humanos se han visto expuestos a actos terribles: guerras, genocidios, migraciones masivas forzadas, torturas, mutilaciones u otros hechos criminales; a catástrofes meteorológicas, topológicas y tectónicas; eventos traumáticos como: accidentes, violaciones o abuso sexual, actos criminales y otras adversidades. Frente a ellos, muchos individuos han podido adaptarse con creatividad y flexibilidad, una vez superado el sufrimiento inicial, mientras que otros han quedado afectados por estas situaciones traumáticas, sufriendo las consecuencias biopsicosociales de las mismas, entre las que se encuentran diversas enfermedades. Esto implica que la vivencia de ciertos traumas constituye una parte indisoluble del ser humano y su devenir. Aunque, hay que señalar que no todos los sujetos que viven estas experiencias desarrollan luego un TEPT. De las personas que se han visto enfrentadas a un hecho de carácter traumático, una mayor parte, han sido capaces de continuar con sus vidas sin ser afectadas crónicamente por los recuerdos y otras perturbaciones consecuentes. Esto no significa que no lo hayan registrado, la mayoría de la gente queda preocupada o impactada por el evento y padece de recuerdos intrusivos involuntarios, durante un tiempo (Cía, 2001).

Bessel van der Kolk (2002) plantea que, la gente cuando se enfrenta con experiencias que amenazan su vida u otras experiencias traumáticas focalizan principalmente en la supervivencia y la autoprotección. Ellos experimentan una mezcla de embotamiento, aislamiento, confusión, shock y terror sin palabras. Algunas víctimas tratan de afrontarlas por medio de la acción, mientras otras se disocian. Ninguna respuesta previene totalmente el subsecuente desarrollo de un trastorno por estrés postraumático, aunque un afrontamiento focalizado en el problema reduce la posibilidad de desarrollar un TEPT, mientras que la disociación durante un evento traumático es un importante predictor para el desarrollo de un subsecuente trastorno por estrés postraumático. Cuanto más tiempo dura la experiencia traumática, más probable es que las víctimas reaccionen con disociación.

Según **Perren-Klinger** (2003) en cada catástrofe siempre quedan secuelas en el individuo, la colectividad y el medio. El individuo está inscripto en un todo más amplio, como lo muestra la experiencia traumática individual que repercute también en el entorno social. Por ello, para que sea eficaz la asistencia a una víctima de traumatismo se debe tomar en cuenta el contexto y abordar a la persona en función de su triple realidad biológica, psicológica y social.

Benyakar (2003b) refiere que, los comportamientos observados durante las situaciones disruptivas, pueden aparecer como anormales si se los analiza fuera del contexto en que éstos ocurren. Conductas como pánico, excitación psíquica, descontrol, inhibición pueden llegar a ser las más adaptativas en determinadas situaciones. Durante situaciones disruptivas resulta difícil distinguir con precisión entre lo normal y patológico, adaptado e inadaptado. Lo que está claro es que hay seres humanos que sufren daño.

4.1 ¿Víctimas o damnificados?

Benyakar (2003b) plantea el interrogante de cómo calificar a las personas que han sufrido daño durante un desastre. En su opinión, la diferenciación entre víctima y damnificado es de suma importancia.

Víctima, un concepto que se remonta a la época bíblica, es inherente a las necesidades expiatorias de la sociedad. El autor define «**víctima**» como la persona que queda atrapada por la situación, petrificada en esa posición, pasando a satisfacer las necesidades específicas de la sociedad; es decir, pasa de ser sujeto a ser objeto de lo social, perdiendo de esta forma su subjetividad.

A partir del momento del evento disruptivo, las necesidades reparatorias de la sociedad se entremezclan con las necesidades del propio individuo. Emerge la exigencia de que el mundo externo le repare el daño que le ha ocasionado.

Define «**damnificado**» como la persona que ha sufrido un daño, a diferencia del concepto de víctima, que establece una relación anquilosante entre lo social y la situación en la que el individuo queda capturado. El concepto damnificado, denota movilidad psíquica, así como la conservación de la subjetividad del individuo. Por lo tanto, desde esta perspectiva, los servicios de salud mental no asisten a víctimas sino que asisten a damnificados. Esta diferenciación acarrea muchas implicancias técnico-clínicas.

Según **Cohen** (2002) «**víctimas o damnificados**» son todas «las personas y familias afectadas por un desastre o sus consecuencias, que experimentan un evento estresante e inesperado» y que, hasta el momento de la catástrofe, habían funcionado adecuadamente. Pero, ocurrida la situación estresante y sobrepasada por la amenaza que implica ésta circunstancia, estas personas tienen limitada su capacidad de resolución de problemas.

Señala, además, que en una catástrofe colectiva- un enfrentamiento bélico, un incendio, un tornado- los damnificados no son sólo los pobladores sino también los equipos que realizan los trabajos de socorrismo y los que atienden las consecuencias posteriores.

Según su concepción, se puede prever que todas las personas que presentan reacciones físicas y psicológicas que demanden atención serán aquellas que devengan vulnerables a causa de alguna de las siguientes razones:

- 1) previamente experimentaron «vivencias traumáticas»;
- 2) sufrieron enfermedades que aumentan sus riesgos e indefensión y, con ello, el valor de la amenaza;
- 3) debido a la catástrofe, experimentan pérdidas graves;
- 4) pierden su sistema de apoyo social y afectivo, y
- 5) es habitual que tengan dificultades para decidir y resolver sus problemas.

Para Cohen hay grupos más vulnerables que otros en tanto los desastres acrecientan su indefensión inherente: los niños, los ancianos y los enfermos. Así, la autora considera que, los ancianos tienen dificultades durante y después de ocurrido el desastre, cuando deben enfrentarse a las consecuencias; y sus problemas más típicos son depresión, sentimientos de impotencia y desinterés por el futuro. Los niños son un grupo de riesgo especial por su poca capacidad para comprender y racionalizar lo que les ocurre. Padecen fobias, trastornos del sueño, pierden el interés en la escuela y presentan «conductas difíciles».

También son vulnerables –según Benyakar- y propensas a desarrollar patología las personas que, en el

momento de la catástrofe, están atravesando situaciones de crisis o grandes cambios en sus vidas: casamientos, divorcios, muerte del cónyuge, mudanzas, cambio de trabajo, etc.

Cohen señala que la vulnerabilidad debida a alguno de estos factores, es independiente del nivel social o económico y del grupo étnico de quien las padece.

Estas personas presentarán algunos de los síntomas propios y característicos que emergen en situaciones disruptivas y que no necesariamente llegan a ser patognomónicos. Ellos son hiperexcitación, pesadillas recurrentes, despertar aterrorizado, ensoñaciones diurnas con características estuporosas, falta de posibilidad de establecer contacto con el medio circundante, gran tendencia a la irritabilidad, falta de capacidad para desarrollar actividades manuales que requieran gran concentración, inapetencia sexual, caída de la autoestima en varones con dificultades para la erección, tendencia a la somatización y a la hipocondría, desarrollo de fobias específicas (Benyakar y Noy, 1975).

4.1.1 Las indemnizaciones en situaciones de desastre

Lo que hoy se conoce como «Desorden de estrés postraumático», después de la primer guerra mundial ha sido llamado «Neurosis de Compensación». Esta nomenclatura enfatiza la tendencia de los damnificados a maximizar los «beneficios secundarios», perpetuando el daño psíquico para recibir una compensación de orden económica o afectiva u otro tipo de compensaciones.

Según **Benyakar** (2003b) las situaciones disruptivas se caracterizan por infligir daño psíquico a personas que funcionaban dentro de los «parámetros de la normalidad». La sensación del damnificado es que un factor externo, social o producto de la naturaleza, les ha provocado un daño. Por lo tanto, ese «factor externo» debe pagar por las consecuencias. A pesar de no existir daño físico, la persona se puede transformar en discapacitada para el funcionamiento cotidiano, recibiendo beneficios del entorno social para seguir subsistiendo. Estos beneficios son, en muchos casos, imprescindibles y sumamente importantes para que el individuo continúe en sus funciones. La problemática es compleja: mientras la sensación de daño irreparable subsista, la persona no abandonará la exigencia que el daño sea compensado de alguna manera, y no se correrá tan fácilmente del lugar de damnificado crónico.

El profesional de salud mental debe tener en cuenta esta problemática, para poder ayudar al damnificado a que se pueda correr de esta situación, pues en caso contrario se tenderá a la cronificación de la discapacidad, a tal punto de quedar al margen de todo funcionamiento dentro de su marco social. Es aquí donde se pone en juego la tendencia a victimizar al damnificado. Es de suma importancia que los profesionales de salud mental tomen parte en la decisión y forma de adjudicación de las indemnizaciones, así como en la decisión de incluir al damnificado en un programa de reintegración a sus actividades cotidianas, pudiendo quizá prescindir de las indemnizaciones mencionadas. No es tarea sencilla enfrentar este dilema. Durante años se ha venido estudiando las formas y sistemas más adecuados para no hacer de este acto reparatorio (el de las indemnizaciones) un factor iatrogénico sumamente peligroso, y cuidando de no transformar esto en un factor más que tiende a victimizar.

4.2 Las reacciones ante lo disruptivo

Benyakar (2003a) cuenta que «...Durante la guerra del Golfo, mientras actuaba como supervisor de un hospital psiquiátrico, me asombró ver a los pacientes en estado psicótico internados en la sala de agudos actuando, en momentos de gravísima amenaza a su supervivencia, organizada y hasta juiciosamente. Es más, ellos consolaban a los miembros del equipo asistencial que, amenazadas también sus viviendas, no sabían si quedarse en el hospital cumpliendo con sus tareas o volver con sus familiares. Los pacientes se organizaron para cumplir con las tareas más básicas: la limpieza, el orden, incluso asistirse mutuamente, con tal de aliviar la angustia de quienes debían cuidarlos...». Esto muestra, según el autor, cómo es que muchas veces las situaciones extremas despiertan reacciones llamativamente adaptadas aún en personas normalmente consideradas vulnerables desde el punto de vista psíquico.

Atravesar una catástrofe personal o social, lastimados, con cosas perdidas tal vez para siempre - comenta el autor- permite descubrir a las personas cualidades, capacidades y valores propios que desconocían hasta entonces. Por tanto, una situación disruptiva puede ser dañina y, al mismo tiempo, beneficiosa y enriquecedora. Es así, que es posible considerar que muchas veces el hecho de sufrir un impacto emocional intenso y desorganizador ayuda a organizarse.

En situaciones disruptivas, por más terribles que sean, pueden surgir conductas adaptadas, por lo que resulta dificultoso anticipar la clase e intensidad del impacto que tenga el evento en el psiquismo de las personas.

Según el autor, en todos los casos la aparición de sintomatología tendrá que ver con el interjuego entre: a) el monto y la cualidad del impacto emocional y la duración o permanencia en la escena generadora del mismo; b) el papel que jueguen las estrategias de afrontamiento, tanto individuales como grupales; y c) la historia y características personales, así como las condiciones de subjetividad previas al impacto.

4.2.1 Respuestas Individuales y Colectivas

Para **Benyakar** (2003a) tanto las catástrofes como los atentados, extremadamente amenazantes para la vida de los individuos, hacen casi imposible distinguir hasta qué punto las reacciones que ocasionan son normales o son patológicas.

El autor propone una clasificación de las reacciones que pueden sucederse a la ocurrencia de eventos catastróficos, en la que considera separadamente lo individual de lo colectivo.

4.2.1.1 Reacciones Individuales

El autor define un «**comportamiento adaptado**» a una situación disruptiva como aquel que resulta de evaluar con justeza el peligro, calcular las consecuencias de las decisiones que se adoptarían, tomar las que resulten apropiadas y llevarlas a cabo en el momento preciso y de forma conveniente. Así, en oposición a éste, define el «**comportamiento inadaptado**» como aquel que suele deberse a un impacto emocional distorsionante subrayado por el factor sorpresa y que se manifiesta a través de reacciones emocionales efímeras, reacciones neuróticas y reacciones psicóticas:

- **Reacciones emocionales efímeras:**

El autor refiere que con frecuencia, suelen aparecer con la irrupción del peligro. Se expresan como agitación psicomotriz, conductas agresivas hacia otros o hacia sí mismo (incluidas las actitudes suicidas), o actitud estupefactiva. Duran poco tiempo, dado que recuperan prontamente la lucidez y capacidad autocrítica previa. Si las reacciones ocurren una vez pasado el peligro, pueden dar lugar a estados de descompensación más o menos graves. Las reacciones extremas suelen darse más entre los socorristas y personas que se ocupan de la evacuación, a quienes les toca vivir situaciones que requieren de una gran fortaleza psíquica y capacidad para soportar dilemas morales, tales como: elegir entre salvar a unos y no a otros. Todo este desgarramiento sufrido puede provocar crisis de llantos, temblores, accesos de cólera o agresividad.

- **Reacciones neuróticas:**

Según el autor, sobrevienen en individuos vulnerables, con antecedentes neuróticos, hayan sido tratados o no. Suelen ser espectaculares (aunque sin comprometer el criterio de realidad), persistir en el tiempo, ser repetitivas y provocar una gran alteración en la vida social. Es posible distinguir entre estas reacciones, los estados de ansiedad, los ansiofóbicos, los histéricos y las neurosis traumáticas.

- Los que caen en estados de ansiedad suelen mostrarse inquietos, agresivos, agitados y presentan síntomas somáticos como precordalgias, espasmos digestivos, temblores o sintomatología psíquica que incluye sensación de muerte inminente, miedo, angustia.

- En el caso de los estados ansiofóbicos, los síntomas pueden ser desencadenados por la evocación de un estímulo fóbico, generalmente inundado de escenas y sensaciones relacionadas con la catástrofe: imágenes de las ruinas y los muertos, de herida y sangre, olores penetrantes, etc.

- Los estados histéricos suelen manifestarse a través de lo que se ha dado en llamar «síntomas histéricos típicos»: conversiones, crisis excitomotorias, conductas suicidas, despersonalización. Pero también se expresan en la exageración de los rasgos propios de la «personalidad histérica»: espectacularidad, teatralidad, sugestibilidad, actitudes seductoras y conductas que llamen la atención.

- Las reacciones neuróticas de origen traumático pueden sobrevenir en sujetos sin antecedentes neuróticos y estar determinadas por el impacto emocional. Se distinguen de las reacciones emocionales efímeras – explica el autor – en el hecho que dan lugar a una nueva organización neurótica permanente que tiende a reproducirse sin cesar. Se hacen visibles después de un tiempo de latencia, a veces de apenas unas horas, tardía o muy tardía. Pueden presentar un síndrome de repetición que a veces consiste en revivir una y otra vez las escenas de la catástrofe, hacer una y otra vez crisis emotivas. Si no se tratan a tiempo, pueden cronificarse.

A esto mismo, la escuela norteamericana suele clasificar como PTSD; es decir, post traumatic stress disorder.

- **Reacciones psicóticas:**

Según el autor, los individuos que las padecen no tienen conciencia de enfermedad ni de la peligrosidad que representan para sí mismos o para la sociedad. Suelen perder la capacidad para sobrevivir por sus propios medios y se vuelven muy dependientes de la ayuda externa. Este tipo de reacciones pueden presentarse en personas vulnerables, o con núcleos psicóticos que pueden activarse transitoriamente. O en personas sin antecedentes manifiestos, pero con una gran predisposición a la psicosis. También, es posible considerar que las reacciones psicóticas efímeras pueden aparecer en personas bien adaptadas y sin problemas de salud mental si, a causa de la catástrofe, sufren una fatiga extrema y/o alteraciones emocionales intensas. Las reacciones psicóticas pueden darse de las siguientes formas:

- Las reacciones confusionales pueden aparecer en forma inmediata o un tiempo después. Se pueden caracterizar por estados de obnubilación, desorientación témporo-espacial, e inhibición motriz. En algunos casos hay onirismo y agitación que pueden dar lugar a fugas. Pueden durar horas o días; y luego, al disiparse, los individuos se muestran perplejos y no recuerdan el episodio.
- Las buffes delirantes son polimorfas. En ellas coexisten múltiples temas y mecanismos alucinatorios, interpretativos e intuitivos. Pueden ser desencadenadas por la catástrofe o por patología previa (esquizofrenia delirante). Su duración varía en función de lo que se trate: si son buffes delirantes polimorfas, serán algunos días; si son psicosis delirantes crónicas, se mantendrán por un período más prolongado.
- En los accesos maníaco- depresivos inducidos por una catástrofe, en estado de manía, las persona suelen mostrarse excitadas, logorreicas, agitadas, eufóricas; mientras que en la etapa depresiva se las verá postradas, inhibidas por una depresión profunda acompañada de ideas de suicidio y/o sentimientos de culpa, que pueden llevarlas a la convicción delirante de ser responsables de la catástrofe. Generalmente, duran entre una y dos semanas.

4.2.1.2 Reacciones Colectivas

El autor refiere que, por más extraño que parezca, en general los comportamientos colectivos que se observan durante las catástrofes son adaptados. A veces, esto se debe a la existencia de organizaciones que asumen la responsabilidad de conducir e impartir las órdenes correspondientes. Y otras veces, esto obedece a que, en el seno de la comunidad misma surgen líderes espontáneos capaces de ofrecer las consignas más adecuadas y de hacerlas cumplir.

Según el autor, los comportamientos colectivos inadaptados, como el pánico y el éxodo de gran cantidad o de toda la población, suelen ocurrir en situaciones de escasa integración social y desarrollo de la organización comunitaria. La reacción inadaptada dura sólo algunas horas y coincide con el momento de evacuación de la zona que sufrió el siniestro. Y finaliza cuando se supera el estado de estupor colectivo y las personas recuperan la lucidez. La calma vuelve rápidamente cuando los equipos de seguridad y socorro actúan restituyendo en la población el temple suficiente para quedarse en el lugar y afrontar el desastre.

En opinión del autor, el pánico es una de las reacciones colectivas más populares. Consiste en un miedo colectivo intenso sentido en forma simultánea por todos los miembros de una comunidad; y se caracteriza por la regresión a un nivel arcaico de conciencia, impulsivo y gregario, que se traduce en reacciones de agitación desordenada, violencia o suicidio colectivo.

El *pánico colectivo*, explica el autor, es el resultado de un proceso que atraviesa por distintas *etapas*; a saber:

- La **etapa de iniciación**, comienza con la instalación y propagación de un clima de inquietud y aprehensión que los individuos se van comunicando a través de los rumores que gestan.
- La **etapa de choque**, sobreviene cuando una señal cualquiera hace estallar la angustia y provoca un estado de estrés colectivo que se acompaña de tensión motriz y de una percepción secundaria del peligro.
- En la **etapa de reacción**, comienzan comportamientos impulsivos y salvajes como la agitación, la violencia y el suicidio. Esta fase se desarrolla según tres modalidades: 1) huida imperiosa: observada en particular en los pánicos militares; 2) movimientos o agitación con falta de coordinación motriz, y 3) suicidio en masa.
- En la **etapa de resolución**, el pánico concluye cuando el miedo se calma, cesa la reacción motriz, se recuperan la lucidez y la capacidad autocrítica y se reorganiza la comunidad.

Según el autor, también es posible emplear **otro criterio** para el análisis de los comportamientos colectivos, desde el cual se considera las fases que van desde la situación normal previa, el anuncio del peligro y las etapas siguientes, hasta el momento en que deben enfrentarse las consecuencias de la catástrofe.

- En la **fase de estado previo**, la vida se lleva a cabo en un clima de tranquilidad, sin amenazas inminentes.
- La **fase de alerta**, transcurre entre el anuncio del peligro y el momento en que sobreviene la catástrofe. Durante la misma, el clima es expectante y se llena de signos de alerta y de información que buscan generar en la población un estado de ansiedad operativa que le facilite tomar las medidas de protección. Según refiere el autor, en poblaciones habituadas a las catástrofes, este grado de ansiedad es muy necesario y es común observar en ellas actitudes indiferentes que, en realidad, no son tales sino que obedecen a un deseo de negar el peligro y continuar con la vida normal.
- La **fase de impacto**, se caracteriza por ser breve y brutal. A la misma, le corresponde un estado de estrés colectivo y de cierta conmoción, inhibición y estupor.
- La **fase de reacción**, debe sus características al estado físico y psíquico que dejó la fase anterior. Es

posible que continúe este estado de conmoción, inhibición y estupor. Esta fase se prolonga sólo algunas horas.

- La **fase de resolución**, comienza cuando se recupera la claridad y la sociedad empieza a reorganizarse. Cesan la agitación y el pánico y se detiene el éxodo. Se multiplican las conductas adaptativas. Hay un segundo desplazamiento de los damnificados que retornan al lugar de la catástrofe en busca de los suyos y para rescatar sus bienes.
- La **fase de poscatástrofe**, también llamada «fase de las complicaciones». Comienza cuando se inician las actividades para la reconstrucción material y la reorganización social. Por efecto del estrés pueden aparecer miedos irracionales, por ejemplo, a que la catástrofe se repita o se desaten pestes y epidemias. Aparece morbilidad mental o psicossomática, secuelas (PTSD).

En poblaciones que mantienen una actitud pasiva frente a la catástrofe, continúa explicando el autor, pueden suceder descargas tardías de agresividad, que a veces toman la forma de manifestaciones de colectivas reivindicativas, violentas, vandálicas, etc. Más tarde aún, existe la posibilidad de que se instale una mentalidad poscatástrofe, signada por la resignación, la culpabilidad y la dependencia respecto de las autoridades.

Desde la perspectiva del autor, para intervenir en estas ocasiones es conveniente distinguir, a modo de diagnóstico diferencial de las reacciones colectivas, los estados de pánico, las psicosis colectivas, los accesos de ansiedad y las manifestaciones histéricas. Por ello, él considerará ciertos **factores que determinan la gravedad del impacto de una catástrofe y que condicionan las reacciones individuales y colectivas**.

1) etiopatogenia individual y colectiva

Según el autor, en la producción de patología importa menos el potencial traumatogénico de la catástrofe que la forma en que se vive y se tramita la experiencia. Se trate de un desastre natural, de un accidente, de un bombardeo o cualquier tipo de catástrofe, pesa más la intensidad con la que se vive la sorpresa, los sentimientos de fragilidad, de desamparo y de vulnerabilidad extrema frente al peligro.

Desde este punto de vista, el problema es el estado en que se encuentran las defensas psíquicas para hacer frente a una situación disruptiva que puede agravar los conflictos intrapsíquicos al reavivar conflictos anteriores o actuales. Por lo tanto, la significación que, el evento disruptivo, asume para el individuo le permite devenir eco para la historia y los conflictos anteriores del sujeto (Benyakar, 1994).

A estos aspectos etiopatogénicos, aclara el autor, se le agrega el factor predisposicional individual que consiste en la vulnerabilidad psíquica de carácter previo que afecta tanto en el nivel individual como en el grupal. Cada persona tiene un umbral de resistencia a la descompensación que es en función de su historia personal, de las cicatrices adquiridas en los avatares de su desarrollo afectivo y de sus valores morales y culturales. Por eso ocurre que un mismo evento puede dar lugar a reacciones adaptadas en algunos sujetos y a reacciones psicopatológicas descompensadas en otros.

2) los factores grupales

Según explica el autor, los sentimientos de inseguridad, el aislamiento y el desamparo, que participan en la etiopatogenia de las reacciones individuales, dependen en gran medida de que los individuos se sientan o no pertenecientes a un grupo. Por lo tanto, los grupos de pertenencia cumplen un papel fundamental, porque permiten compensar esos sentimientos debilitadores, y también, porque ofrecen el escenario para que se generen y contagien conductas adecuadas a la situación. Así, a la importancia que tienen los grupos de pertenencia, se suman otros factores que también inciden sobre los comportamientos individuales y colectivos, a saber: 1) el grado de cohesión de los grupos de pertenencia más extensos que, si es bajo o nulo, debilita a sus miembros porque les genera conflictos de identidad, sentimientos de inseguridad, desorientación y soledad; 2) la existencia o no de sentimientos comunitarios y de adhesión a valores comunes, dado que, cuando éstos sentimientos no existen los grupos pueden volverse vulnerables al pánico, y 3) un marco institucional organizativo débil o insuficiente, incapaz de establecer reglas y brindar contención.

A su vez, éstos condicionantes, que él denomina «estructurales», se ven exacerbados por situaciones coyunturales tales como: 1) lugares cerrados, muy poblados u oscuros, como los subterráneos, por el pánico que producen; 2) la falta de información o la información confusa, rumores alarmantes que no se pueden confirmar, la conciencia de que no se está preparado para enfrentar situaciones de peligro, que despiertan sentimientos de inseguridad e incertidumbre, y 3) el alcance masivo de la televisión que lleva las escenas siniestras de las guerras o ataques terroristas a todos los hogares del mundo, con lo cual, la población afectada no sólo es aquella que habita la región.

En este punto, el autor propone preguntarse por los mecanismos que facilitan la producción y propaga-

ción de tales reacciones, y al respecto dice: las conductas colectivas son el producto del desencadenamiento simultáneo de reacciones individuales similares inducidas por una situación vivida en común. Los efectos inducidos por las situaciones vividas se verán intensificados si a los hechos materiales se suman símbolos con un alto poder de sugestión, como los emblemas que identifican a grupos violentos o el fantasma de una guerra nuclear. Otra explicación posible es la propagación de una actitud, de persona a persona, por imitación. La imitación no es racional. El contagio mental es, en principio, afectivo: el miedo y las emociones ajenas son en sí mismas contagiosas y la reacción afectivo- motriz precede a la decisión mental. Por ejemplo, cuando un impacto emocional reduce la capacidad de juicio, la confianza y la iniciativa, y no sabe qué hacer, es común imitar a cualquier persona a la que se vea reaccionar, confiando en que sabe lo que hace.

4.3 Duelo en situaciones de catástrofe y desastre

Liria y Vega (2002) entienden por duelo al proceso por el que una persona que ha perdido algo o alguien importante para ella, 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 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 suman 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 sólo se han podido vivir situaciones de amenaza de pérdida de la propia vida o de seres queridos sino que además éstas se producen de forma violenta y como consecuencia de la agresión de un ser humano a otro.

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.

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 ha de trabajar con quien las enfrenta.

Según **Inbar** (1996) una de las características de este tipo de pérdida es lo repentino e imprevisible. A pesar de que existen otras pérdidas repentinas, como accidentes automovilísticos, aquéllas provenientes de una catástrofe natural o en especial como producto de un acto de terrorismo, son vivenciadas y atribuidas de tal especial manera, que influye en el proceso de elaboración del duelo. La experimentación de culpabilidad característica en los casos de pérdida, es magnificada en esta categoría de evento que requiere otra comprensión y metodología de intervención. Sobrevivientes de eventos masivos, o deudos de desaparecidos o fallecidos en catástrofes comunitarias, tienden a mencionar en sus relatos la percepción de imágenes y pensamientos intrusivos, entumecimiento y dificultades cognitivas, inclusive cuando no han estado presentes en el momento de la crisis.

Según **Neimeyer** et al. (2002), a diferencia de los recuerdos asociados con muertes más anticipadas o menos devastadoras, los asociados con el trauma frecuentemente adoptan la forma de imágenes, sensaciones y emociones disociadas o fragmentadas (un derrame de sangre, el olor a carne quemada, un sentimiento de horror e impotencia). Los autores plantean que desde un punto de vista constructivista, estos efectos fisiológicos de los recuerdos traumáticos construidos bajo condiciones de intensa activación son «pre-narrativos», consistentes en sensaciones y percepciones no integradas, que pueden persistir durante muchos años, y que se resisten a incorporarse a la «narrativa principal» consciente de nuestras vidas.

Según plantean **Liria y Vega** (2002), 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 la pérdida en la guerra.

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 amado. 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 otro nuevo. Tal y como lo expresa **Freud** en «*Duelo y Melancolía*» (1915), el trabajo del duelo sigue los siguientes pasos. En primer lugar «*el examen de realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto. A ello se opone una comprensible renuencia; universalmente se observa que el hombre no*

abandona de buen grado una posición libidinal, ni aún cuando su sustituto ya asoma». Freud continúa diciendo que «lo normal es que prevalezca el acatamiento a la realidad. Pero la orden que esta imparte no puede cumplirse enseguida. Se ejecuta pieza por pieza con un gran gasto de tiempo y de energía de investidura, y entretanto la existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico. Cada uno de los recuerdos y cada una de las expectativas en que la libido se anudaba al objeto son clausurados, sobreinvertidos y en ellos se consume el desasimio de la libido». Y luego agrega «una vez cumplido el trabajo del duelo el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido».

El proceso de duelo normal se diferencia del que conduce a consecuencias morbosas como la melancolía 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 (narcisística) de la libido al yo. Por tanto, continúan Liria y Vega, 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 pérdida. Posiblemente esto no pueda aplicarse a la situación de pérdida masiva en una guerra.

En la **teoría de la vinculación**, la otra gran teoría explicativa del duelo, Bowlby integró conceptos analíticos y etológicos. El duelo se consideró como la extensión de una respuesta general a la separación. Es decir, como una forma de ansiedad de separación en la edad adulta en respuesta a la ruptura de una relación de vinculación.

Esta teoría también relaciona las manifestaciones de duelo patológico con las experiencias infantiles del sujeto y con el patrón de vinculación con los padres.

Desde el **enfoque constructivista**, el duelo es un proceso emocional y como tal tiene que ver con cómo las personas construyen los acontecimientos que ocurren alrededor suyo. El duelo es el proceso por el que se 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 debe construir su realidad. La guerra es quizás la situación de pérdida en la que se da con más intensidad la discrepancia entre el mundo «que es» y el mundo «que debería ser». La guerra coloca a las personas que la 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: creencias sobre la persona, sobre las relaciones entre las personas, sobre la sociedad y en general sobre el mundo externo que se ha vuelto impredecible, en el que ya no hay nada seguro.

Este proceso integra cuatro elementos que se corresponden con las **tareas** enunciadas por **Worden** (1991). Los autores argumentan que es preferible hablar de tareas dado que este concepto 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.

Tarea 1: aceptar la pérdida del objeto

Dicha tarea es condición 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, a la producción alucinatoria del objeto perdido. En todas las culturas existen procedimientos para ayudar al doliente en esta tarea. Por ejemplo, velar el cadáver, celebración de funerales, etc. Tras estas ceremonias el doliente vuelve a su casa, y la cultura y hasta la reglamentación laboral le proporcionan un tiempo para hacerse a la idea de la pérdida. En la guerra y en otras situaciones de emergencia, estos mecanismos pueden estar en suspenso. El cadáver de un ser querido puede haber quedado sepultado entre los escombros o enterrarlo puede implicar un riesgo para los que sobrevivieron. Además toda la energía de la persona que ha sufrido la pérdida es reclamada para llevar a cabo la difícil tarea de sobrevivir en las condiciones de guerra.

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 instrumentos para facilitar la experiencia y la expresión de esos afectos y para hacer balance. En condiciones de guerra, a veces, pararse a llorar puede significar la muerte propia y de las otras personas que dependen de uno. En condiciones normales, el fracaso en contactar con sentimientos genuinos en las primeras fases puede considerarse un predictor de complicaciones en el proceso de duelo. Posponer esta tarea es, sin embargo, una estrategia de afrontamiento que puede ser válida en situaciones de gran desestructuración por la guerra, la violencia o las catástrofes.

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. Las redes sociales y familiares de los afectados se modifican para ayudarles en tanto se capacitan para desempeñar nuevos roles. En la guerra o las catástrofes las redes sociales pueden estar pulverizadas, la familia disgregada y los mecanismos institucionales desaparecidos. La perentoriedad de la situación, la amenaza a la supervivencia hace, sin embargo, que esta tarea, que normalmente requiere de un largo tiempo de adaptación, se acometa necesariamente desde el primer momento.

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. No se trata de redirigir hacia un nuevo destino un afecto que de algún modo el objeto perdido ha dejado vacante. Lo que desaparece con el objeto que se pierde es un mundo en el que no le cabe concebir la posibilidad de amar a otro objeto. Lo que culmina esta fase es la construcción de un mundo, que es un que tiene sentido aunque no contiene al objeto perdido, y que puede ser habitado por objetos dignos de ser amados. La guerra no facilita objetos amorosos alternativos. Pero sí es pródiga 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 más débiles que dependen de uno, pero sobre todo cosas como la patria, la victoria o la venganza son candidatos para ocupar ese lugar.

4.4 Trastorno Por Estrés Postraumático (TEPT/ PTSD)

Cía (2001) plantea que la introducción, en 1980, del trastorno por estrés postraumático dentro de las clasificaciones nosológicas en psiquiatría, señala el comienzo de la investigación contemporánea acerca de la respuesta posible de las víctimas ante sucesos gravemente traumáticos. La definición del TEPT, por el DSM III y sucesivas ediciones de la APA, se basa en un modelo conceptual que separa a los eventos traumáticos de otras experiencias estresantes y, por consiguiente, separa al TEPT de otras respuestas al estrés.

Los eventos traumáticos o catastróficos, a diferencia de las experiencias estresantes cotidianas, han sido ligados etiológicamente a este síndrome específico denominado «Trastorno por estrés postraumático», cuando originan una serie de síntomas y consecuencias.

Desde hace dos décadas, se ha incrementado la investigación clínica y epidemiológica sobre el TEPT. Inicialmente, el estudio de este trastorno se basó en la sintomatología presente en veteranos de guerra. Luego, se comenzó a estudiar a las víctimas de otros traumas específicos como desastres naturales, violaciones y delitos contra las personas.

Los estudios de prevalencia han comprobado que el TEPT es una enfermedad frecuente, que representa un problema para salud pública muy importante, si bien se sabe que este trastorno no es la salida inevitable a toda exposición traumática. Resulta alarmante comprobar la creciente prevalencia de sucesos traumáticos de diversa índole en nuestra sociedad, en forma de asaltos, robos, secuestros, violaciones y otros daños que están en constante incremento. Al mismo tiempo, es importante resaltar que solamente un porcentaje de los individuos expuestos a estos sucesos traumáticos variados, desarrollan esta enfermedad. Todo esto lleva a considerar la existencia de factores de riesgo para el desarrollo del TEPT, más allá de aquellos asociados a las características de el o los sucesos traumáticos puestos en juego, desafiando las concepciones más tempranas que sostenían que el TEPT era una respuesta normal- y, por consiguiente inexorable- a una condición de estrés anormal.

4.4.1 Factores De Riesgo

Según el autor, los factores que influyen el riesgo de sufrir un TEPT, a consecuencia de una exposición traumática pueden diferenciarse en:

- **Pretraumáticos**, entre los cuales se incluyen:
 - o **Género**: las mujeres presentan el doble de posibilidades de desarrollar un TEPT, respecto a los hombres, en algún momento de sus vidas.
 - o **Edad**: adultos jóvenes, menores de 25 años.
 - o **Educación**: personas sin educación terciaria.
 - o **Traumas infantiles**: aquellos que experimentaron abuso sexual o físico infantil.
 - o **Adversidad en la infancia**: privación económica o afectiva por pérdida o separación parental u orfandad.
 - o **Exposición previa a traumas**: en forma de accidentes graves, abuso, maltrato, violación, migraciones forzadas, etc.

- o **Trastorno psiquiátrico preexistente:** de cualquier clase.
 - o **Vulnerabilidad genética:** hay investigaciones que indican una posible tendencia genética al desarrollo del TEPT, una vez expuesto a un trauma. De manera inversa otras personas parecen presentar una resistencia y una mayor capacidad de recuperación al impacto del trauma.
 - o **Antecedentes personales en la adultez.**
 - o **Exposición a diferentes traumas.**
 - o **Eventos vitales adversos:** divorcio, desocupación, muertes recientes, deudas acumuladas, bancarrota.
 - o **Salud física deteriorada.**
 - o **Historia familiar de trastornos psiquiátricos.**
- **Peritraumáticos:** los cuales implican las características del evento (individual, grupal, accidental o provocado), entre los cuales se encuentran:
 - o **Severidad o «dosis» del trauma:** a mayor magnitud de la exposición traumática mayor es la posibilidad de desarrollar un TEPT. Los traumas más severos, frecuentemente, incluyen la percepción de que la vida se encuentra amenazada o existe la posibilidad de sufrir lesiones graves.
 - o **Naturaleza del trauma:** la violencia interpersonal en forma de asaltos, torturas o violaciones, en las cuales hay un perpetrador humano, es mucho más probable que generen TEPT que un evento impersonal (desastre natural).
 - o **Participación en atrocidades:** como perpetrador, testigo o víctima de las mismas.
 - **Postratramáticos,** entre los cuales se encuentran:
 - o **Pobre apoyo social y familiar.**
 - o **El desarrollo de un TEA:** permanece como objeto de estudio.
 - o **Reacción inmediata postrauma:** como la disociación peritraumática, la activación fisiológica o síntomas evitativos tempranos se encuentran bajo investigación como posibles factores de riesgo para el TEPT.
- El autor plantea que **otra forma de clasificar los factores de riesgo** es dividirlos en:
- **Factores referidos al trauma**
La evidencia de que la probabilidad del TEPT varía, según las características del trauma sufrido, ha sido confirmada en diversos estudios, afirmando la noción de que la naturaleza del agente estresante influye sobre el riesgo de padecer la enfermedad. Por ejemplo, se ha determinado que, en general, los traumas intencionalmente provocados por el hombre confieren un riesgo mayor que los accidentales o los desastres naturales. Por otra parte, la magnitud de los eventos traumáticos o su severidad, así como su repetición en el tiempo, constituyen elementos críticos. Se ha sugerido que ciertas características del evento traumático, como percibir que la vida se encuentra seriamente amenazada, incrementan el riesgo de padecer TEPT. A pesar de ello, las evidencias acumuladas indican que, aunque el riesgo de sufrir un TEPT varía según los tipos de trauma, una gran proporción de los que se exponen a traumas severos no desarrollan la enfermedad.
 - **Factores referidos al individuo que lo padece.**
Según el autor, algunos estudios trataron de determinar por qué ciertos individuos padecían la enfermedad y otros no. Investigaron una serie de factores, tales como antecedentes infantiles, familiares y sociales, problemas de conducta en la infancia, evaluación de la salud mental, etc. Se encontraron una serie de antecedentes que predisponen al desarrollo de la enfermedad: una historia familiar de ansiedad; una historia personal de problemas comportamentales; una historia de tratamientos por problemas psicológicos; una historia de separación temprana de sus cuidadores, o una historia familiar de ansiedad y comportamiento antisocial. Todos estos factores predijeron, de manera significativa, el desarrollo del TEPT, luego de la exposición a un agente estresante.

4.4.2 Consideraciones sobre el TEPT en distintos grupos de afectados

Según plantea el autor, si se considera que la gama de sucesos traumáticos, capaces de causar un TEPT en determinadas personas, puede ser muy variada y que, tanto las características de la presentación clínica, como la evolución del cuadro y el posible abordaje terapéutico se relacionan con la especificidad del trauma sufrido, es preciso puntualizar algunas diferencias entre grupos de afectados, reunidos de acuerdo a su origen.

El estudio del TEPT, como enfermedad, creció principalmente alrededor de grupos de víctimas provenientes de tres tipos de eventos: desastres, veteranos de guerra y victimización criminal.

- **TEPT en víctimas de accidentes y desastres:**
Los acontecimientos catastróficos sean estos tecnológicos o naturales, se diferencian de los otros eventos, porque involucran a un número importante de personas, las cuales son simultáneamente traumatizadas.
- **TEPT en combatientes:**
Este diagnóstico comprende a las personas que sufren de este trastorno luego de haber participado en guerras o actividades bélicas de forma activa, en roles de soporte o como observadores.
La forma de manifestarse el TEPT en ex combatientes y civiles puede llegar a ser diferente. En el caso de los civiles, los síntomas suelen presentarse en menor cantidad e intensidad que en los ex combatientes, ya que estos, en general, desarrollan, el espectro sintomático completo, lo cual se ve agravado si se vieron o verán expuestos a una variedad de factores de riesgo, tanto prebélicos, como bélicos o posbélicos.
 - **Factores de riesgo prebélicos:**
 - o Historia familiar de trastornos psiquiátricos.
 - o Trastornos emocionales / psicológicos durante la infancia.
 - o Traumas previos.
 - o Inmadurez en el momento del reclutamiento.
 - o Intelectualidad pobre y desarrollo neurológico comprometido.
 - **Factores de riesgo bélicos:**
 - o Rango.
 - o Enlistamiento obligado.
 - o Recibir heridas en combate.
 - o Participar o ser testigo de atrocidades o de violencia abusiva.
 - o Riesgo de vida o amenazas.
 - o Otros factores como clima adverso, comida inadecuada, etc.
 - **Factores de riesgo posbélicos:**
 - o Contención sociofuncional y socioestructural.
 - o Reinserción en la vida civil.
 - o El estilo particular de enfrentar el trauma vivido.
 - o Eventos estresantes experimentados posguerra.

4.4.3 Consideraciones sobre el diagnóstico del TEPT. Descripciones clínicas

Según **van der Kolk** (2002), mucha gente experimenta eventos horribles sin parecer desarrollar efectos duraderos de su traumatización. Los efectos más comunes de la traumatización están incluidos en el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático. Sin embargo, la depresión, el aumento de la agresión contra sí mismo y contra los demás, la despersonalización, la disociación, la repetición conductual compulsiva de los escenarios traumáticos, así como una declinación del funcionamiento familiar y ocupacional pueden ocurrir aunque los individuos no reúnan todos los criterios necesarios para el diagnóstico de TEPT. Las causas más comunes de trastorno por estrés postraumático en hombres son el combate y ser testigos de muertes o heridas graves, mientras que en las mujeres lo son el acoso sexual y la violación.

van der Kolk plantea que, en 1980 se formuló el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático para su inclusión en el DSM III con la intención de capturar la psicopatología asociada con la traumatización en adultos. A lo largo de los años, numerosos estudios han demostrado que el constructo diagnóstico de trastorno por estrés postraumático es clínicamente relevante para los individuos que han sufrido incidentes traumáticos únicos, tales como violación, ataques físicos, tortura y accidentes automovilísticos. Sin embargo, también se ha vuelto claro que, en los ambientes clínicos, la mayoría de los pacientes que busca tratamiento han sido expuestos a diversos eventos traumáticos a lo largo de su vida, y sufren de una variedad de problemas psicológicos, de los cuales sólo algunos de ellos están contenidos en la definición de trastorno por estrés postraumático. Estos incluyen desregulación de los afectos, agresión contra sí mismo y otros, amnesia y disociación, somatización, depresión, desconfianza, vergüenza y autodesprecio. Estos otros problemas pueden ser conceptualizados como trastornos comórbidos, o como parte de un espectro de problemas relacionados con el trauma que ocurren dependiendo de la edad en la cual el trauma ocurrió, la relación con el agente responsable del trauma, el apoyo social recibido y la duración de la experiencia traumática.

Para **Cía** (2001), el TEPT constituye una excepción a la descripción nosológica de los trastornos psiquiátricos. Los sistemas categoriales actuales se basan, de manera ateorica, en un conjunto de manifestaciones sintomáticas (síndromes clínicos). Al considerar, entonces, la relevancia de los factores derivados de lo contextual, la historia personal, el temperamento y el entorno psicosocial, el TEPT aporta, en su descripción, un modelo que rompe con lo descontextualizado de la nomenclatura psiquiátrica vigente. Per-

mite focalizar la atención en la persona que sufre, en su experiencia personal y en el significado que le atribuye a su padecer. La mayoría de quienes sufren de TEPT ven alterada, de manera sustancial, su calidad de vida, manifestando problemas familiares, ocupacionales e interpersonales, situación que difiere de persona a persona.

Actualmente, se sabe que la magnitud, en la cual el TEPT afecta el funcionamiento global, varía de acuerdo a cada individuo, así como lo hacen las características sintomáticas del cuadro. A pesar de la capacidad humana de adaptarse y sobrevivir, estos sucesos y recuerdos traumáticos pueden alterar aspectos vitales de algunos individuos, por lo cual, un evento particular empaña todas las otras experiencias, perturbando el desempeño y la calidad de vida. La carga del pasado interfiere en la habilidad para concentrarse en los hechos cotidianos y les impide afrontar nuevos desafíos. Una cuestión importante, a considerar en esta enfermedad, es dilucidar por qué, quienes la sufren, se ven atrapados selectivamente por ciertos recuerdos.

Otro punto a tener en cuenta es que, si bien se debe contemplar la existencia de una determinada vulnerabilidad para desarrollar un TEPT, el mismo no tendría lugar si no ha existido la realidad de una experiencia traumática. El elemento crítico que torna traumático a un suceso es la evaluación subjetiva de la víctima, acerca de cuán desamparada o amenazada se ha sentido. Una vez que éste ha cesado, las interpretaciones acerca del significado que se le atribuyen son imprescindibles para la comprensión de la enfermedad.

La incapacidad de integrar la realidad con lo sufrido, conjuntamente con la reaparición fragmentaria del evento traumático, a través de imágenes, comportamientos, sentimientos y estados psicológicos, y alteraciones en el desenvolvimiento de las relaciones interpersonales, constituyen el eje central del TEPT.

Los recuerdos del trauma no son integrados ni aceptados como parte del pasado personal. En lugar de ello, comienzan a existir de manera independiente y permanecen disociados de los esquemas previos del sujeto (van der Kolk y Mac Farlane, 1996).

El procesamiento de información en el TEPT, según **van der Kolk et al. (1996)**, se da de seis maneras distintas:

1. Los pacientes experimentan intrusiones persistentes o recuerdos relacionados al trauma, los cuales interfieren en la concentración de las actividades cotidianas.
2. A veces se exponen, de manera compulsiva, a situaciones recordatorias del trauma.
3. Activamente, intentan evitar los desencadenantes específicos de emociones relacionadas al trauma o responden a los mismos con anestesia afectiva.
4. Pierden la habilidad para modular sus respuestas psicológicas respecto del estrés en general, lo que lleva a una disminución de la capacidad para utilizar las señales del cuerpo como pautas para la acción.
5. Surgen problemas referidos a las posibilidades de mantener la atención, se distraen fácilmente y tienen dificultades para la discriminación de estímulos.
6. Presentan alteraciones en la identidad personal y en los mecanismos de defensa psicológicos. Esto cambia la consideración respecto a cuál información seleccionada resulta relevante o no.

Cía (2001) refiere que los sucesos traumáticos influyen en las creencias básicas acerca de la propia invulnerabilidad (esto no me puede suceder a mí); la creencia de que la vida tiene un sentido, la creencia de que uno es una persona de propio bienestar (no soy lo que pensaba que era); la creencia de que los sucesos son todos ordenados, predecibles, controlables (por qué me tenía que suceder. El mundo no es como yo pensaba que era). Los pacientes con TEPT, frecuentemente se cuestionan a sí mismos cosas que tienen que ver con la anticipación (¿podría haberse anticipado el evento o el trauma de manera realista o predecible?); controlabilidad (¿podría haberse evitado el hecho empleando alguna acción humana?); culpabilidad y autodepreciación (¿podría haberme comportado diferente? Me siento responsable de lo ocurrido). Estos cambios fenomenológicos se reflejan en la narrativa del individuo y son enunciados de una manera que evita o reduce la posibilidad de que acepte, resuelva o encuentre un significado al hecho traumático o a la pérdida consecuente (¿Por qué a mí? ¿Por qué yo viví y ellos tuvieron que morir? ¿Cómo pude sobrevivir? ¿Cómo pudo Dios permitir que esto sucediera? ¿Cómo haré para superarlo? Nadie comprende mi dolor. Soy una persona diferente.)

Para muchos, el suceso traumático es el elemento definitorio que marca un momento significativo en la historia vital individual, llegando a dividirla en antes y después del trauma.

Para **van der Kolk (2002)**, una vez que la gente desarrolla TEPT, la indeseada reexperimentación recurrente del trauma por medio de imágenes visuales, estados emocionales o pesadillas produce una constante reexposición al terror del trauma. En contraste con el trauma real, que tuvo un comienzo, desarrollo y fin, los síntomas de TEPT adquieren una característica atemporal. Las intrusiones traumáticas por sí mismas son horrorizantes: interfieren con el abordaje del pasado, mientras distraen la capacidad de atender el presente. Esta exposición impredecible a los recuerdos indeseados del trauma usualmente lleva a una

variedad de maniobras de evitación (usualmente maladaptativas), que varían desde evitación de gente o acciones que le recuerda el trauma, hasta abuso de drogas y alcohol, aislamiento emocional de amigos y actividades que habitualmente eran potenciales fuentes de lazos.

Según van der Kolk, el diagnóstico del TEPT está caracterizado por tres elementos mayores:

1. La **reexperimentación** repetida de memorias de la experiencia traumática. Estas tienden a involucrar memorias visuales y sensoriales intensas del evento que frecuentemente son acompañadas por un estrés fisiológico y psicológico extremo, y a veces por un sentimiento de embotamiento emocional durante el cual usualmente no hay ninguna activación fisiológica. Estos recuerdos intrusivos pueden ocurrir espontáneamente o pueden ser disparados por una serie de estímulos reales y simbólicos.
2. **Evitación** de aquellos estímulos que recuerdan el trauma, así como embotamiento emocional, desapego e incapacidad de experimentar sentimientos, todos los cuales frecuentemente coexisten con recuerdos intrusivos. Esto está asociado con una incapacidad para experimentar alegrías y placer, y un aislamiento general de compromisos cotidianos.
3. El tercer elemento consiste en un **patrón de activación incrementado**, expresado por hipervigilancia, irritabilidad, problemas de la memoria y la concentración, trastornos del sueño y una respuesta de sobresalto exagerada.

En las formas más crónicas del trastorno, este patrón de hiperactivación y la evitación pueden ser las características clínicas dominantes. La hiperactivación hace que la gente traumatizada sufra fácilmente de estrés por estímulos inesperados. Su tendencia a revivir recuerdos traumáticos ilustra cómo sus percepciones se vuelven excesivamente focalizadas en una involuntaria búsqueda de similitudes entre el presente y su pasado traumático. Como consecuencia, muchas experiencias neutrales son reinterpretadas como asociadas con el pasado traumático.

4.4.4 Definición del TEPT, según la CIE- 10 (OMS) y el DSM (APA)

El **trastorno por estrés postraumático** refiere a la exposición del sujeto a un agente estresante y a las consecuencias posteriores del mismo.

Un **agente estresante**, según **DSM III** (1980), era un estrés reconocible capaz de provocar síntomas significativos en las personas. Luego, el **DSM III-R** (1987) lo definió como un acontecimiento ajeno al marco habitual de las experiencias humanas. El **DSM IV** (1994) afirma que son experiencias relacionadas con la muerte, o amenazas a la propia integridad física o la de otros. El sujeto, frente a ellas responde con temor, desesperanza u horror intenso. La **CIE- 10** (1992), lo define como una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica que causaría, por sí misma, malestar generalizado en la mayoría de los individuos.

En síntesis, el autor considera que debe entenderse por TEPT a una severa reacción patológica, cuyo factor causante es un suceso traumático. El efecto de este último se plasma en el interior del organismo, cronificándose y modificando su neurobiopsicología. Señala, además, que un TEPT no se genera sin un acontecimiento traumático (agente estresante), pero el agente estresante, por sí mismo, no garantiza el desarrollo del cuadro, debe existir una vulnerabilidad previa, o factores de riesgo, en el sujeto para que ello ocurra.

4.4.4.1 Criterios diagnósticos del TEPT

☞ **CIE – 10 (OMS, 1992) – Trastorno por Estrés Postraumático (F 43.1)**

- Surge como respuesta tardía a un evento estresante, o a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en un número mayoritario de personas.
- Ciertos rasgos de personalidad (ej.: compulsivos o asténicos), o antecedentes de enfermedad neurótica pueden predisponer el padecimiento de la enfermedad, disponer un descenso en el umbral de la aparición del síndrome o agravar su curso.
- Sus características: episodios reiterados de reviviscencias o sueños, persistente sensación de «entumecimiento» emocional, desapego, falta de capacidad de respuesta, anhedonia y evitación de todo lo que evoca el trauma.
- Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren al trauma.
- Pueden presentarse estallidos agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original.
- Estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia e incremento de la reacción de sobresalto e insomnio.
- Los síntomas se acompañan de ansiedad y/o de depresión, y no son raras las ideaciones suicidas.
- El consumo excesivo de sustancias o alcohol puede ser un factor agravante del cuadro.

- Comienza con un período de latencia luego del trauma cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses.
- El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación, en la mayoría de los casos.
- En algunos casos el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolucionar hacia una transformación persistente de la personalidad.
- Se diagnostica si aparece dentro de los 6 meses posteriores a un hecho traumático. Establecer un diagnóstico fuera de este término es posible cuando sus manifestaciones clínicas son típicas y la alternativa de otro diagnóstico no es viable. Deben estar presentes: las evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes o de ensueños reiterados. Suelen estarlo: el desapego emocional, el embotamiento afectivo, la evitación de estímulos relacionados al trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado del ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico.

✍ **DSM- IV (APA, 1994) Trastorno Por Estrés Postraumático**

Criterio A: Evento traumático

- La persona ha estado expuesta a un evento traumático en el que:
- Ha experimentado, presenciado o confrontado acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
- Responde con temor, desesperanza o un horror intensos. En los niños, estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o desorganizados.

Criterio B: Síntomas de reexperimentación

- El acontecimiento traumático es reexperimentado a través de las siguientes formas:
- Recuerdos de carácter intrusivo que provocan malestar, y comprenden imágenes, pensamientos o percepciones. En niños esto puede expresarse en juegos repetitivos.
- Sueños recurrentes sobre el hecho traumático. Los niños suelen presentar sueños atemorizantes sin contenido reconocible, en las cuales se expresan diferentes aspectos del trauma.
- El sujeto tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (esto se debe a que revive la experiencia a través de ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashbacks). Los niños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
- Cuando el sujeto se enfrenta a estímulos internos o externos que simbolizan el suceso traumático presenta intensas molestias psicológicas.
- Expuesto a la situación arriba mencionada, también presenta respuestas fisiológicas.

Criterio C: Síntomas evitativos y anestesia emocional

- Este criterio refiere a la evitación persistente de estímulos asociados al trauma y al embotamiento de la reactividad general del individuo (ausentes antes del trauma), tal y como indican 3 (o más) de los siguientes síntomas:
- Evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- Evitación de actividades, lugares o personas que reflejan el trauma.
- Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- Disminución del interés o de la participación en actividades importantes.
- Desapego o indiferencia frente a los demás.
- Restricción de la vida afectiva.
- Pérdida de expectativas futuras.

Criterio D: síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal)

- Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausentes antes del trauma), tal y como indican 3 o más de los siguientes síntomas:
- Dificultades para conciliar o para mantener el sueño.
- Irritabilidad o ataques de ira.
- Dificultades en la concentración.
- Hipervigilancia.
- Respuestas exageradas de sobresalto.

Criterio E: Duración de los síntomas en los criterios B, C y D

- Refiere al tiempo que los síntomas de los criterios B, C y D perduran en el TEPT, esto es más de un mes.

Criterio F: Distrés y disfunciones socio-ocupacionales

- El trastorno causa un distrés clínicamente significativo o incapacidad social ocupacional o de otras áreas importantes del funcionamiento individual. Se debe especificar si es:
- Agudo: si la duración de los síntomas es menor a tres meses.
- Crónico: si la duración de los síntomas es de tres meses o más.

- De inicio diferido: si el inicio de los síntomas es como mínimo seis meses después del evento traumático.

4.4.5 Estrés postraumático y Estrés agudo: diferencias y semejanzas

Cía (2001) plantea que, el TEA (trastorno de estrés agudo) incluye a la mayoría de los síntomas del TEPT y a otros relacionados a la disociación. Se incluyó esta categoría en el DSM-IV para diagnosticar a los sujetos que exhibían los síntomas dentro de las primeras cuatro semanas, dado que el TEPT no podía ser diagnosticado hasta un mes después de transcurrido el evento estresante.

Según el DSM-IV-TR (2001), el TEA se refiere a personas que han estado expuestas a un acontecimiento traumático que se caracteriza por muerte o amenaza a la propia integridad física o de los demás. A consecuencia de ello, las víctimas desarrollan una serie de síntomas disociativos, los cuales suelen estar presentes con mayor frecuencia en este trastorno que en el TEPT. Por tanto, para establecer el diagnóstico de un TEA, es preciso determinar la presencia de, por lo menos, tres síntomas disociativos: a) numbing o anestesia emocional; b) amnesia disociativa; c) desrealización; d) despersonalización; e) reducción de la atención.

Si bien los síntomas del TEA son muy similares a los del TEPT, un individuo con un TEA debe cumplir con sólo una de las siguientes categorías: reexperimentación, evitación, hiperactivación. A diferencia del TEPT, que requiere la presencia simultánea como mínimo de: tres síntomas de la categoría de evitación y dos o más de la categoría de hiperactivación.

En cuanto a la duración de los síntomas, el TEA debe durar como mínimo dos días y como máximo cuatro semanas, y aparecen dentro del primer mes que sigue al acontecimiento traumático. El TEPT no puede ser diagnosticado hasta, por lo menos cuatro semanas después de ocurrida la experiencia traumática.

A pesar de que el TEA es un predictor posible del TEPT, no todos los que presentan un TEA desarrollan luego un TEPT. Así mismo, personas que no desarrollaron un TEA pueden, posteriormente, sufrir un TEPT.

4.4.6 Consideraciones críticas respecto del TEPT

Benyakar (2003a) considera que la necesidad de estandarizar los diagnósticos psiquiátricos se agudizó en los últimos años en virtud de los requerimientos de la medicina laboral y de la justicia que debe resolver sobre indemnizaciones. Los esfuerzos en este sentido culminaron en la formulación de la categoría diagnóstica conocida como Trastorno por Estrés Postraumático, que engloba a todas aquellas personas cuyos trastornos psíquicos fueron desencadenados por diferentes tipos de situaciones disruptivas. Si bien el TEPT, presenta muchas debilidades, se debe reconocer que la popularidad de este síndrome en la literatura profesional llevó a que se hiciera foco en los desórdenes provocados por la irrupción del medio externo en un psiquismo que funcionaba en forma relativamente adecuada.

Según **Beltrán, Besozzi y Beker** (2002) la clasificación del DSM IV de TEPT, resultó útil en tanto código compartido para los distintos profesionales y sus diversas raigambres teórico-clínicas. Aunque, es preciso considerar que resulta insuficiente en su alcance clínico, para comprender la especificidad de los procesos traumáticos que aparecen en la consulta de quienes resultan afectados por una situación extrema o por una catástrofe social. También, hay que tener en cuenta que los dos ejes enfatizados en esta clasificación nosológica: el grado de exposición al evento y el tipo de respuesta subjetiva, no resultan suficientes para una comprensión profunda de este tipo de cuadros, ya que no considera la interrelación dinámica de los trastornos psicológicos con el macrocontexto, a su vez productor de los mismos. Por otra parte, no diferencia causas de origen social o de origen natural, así como tampoco entre causas accidentales o intencionales, pero si hace mención a que puede ser especialmente grave cuando es provocado por otro ser humano.

Según **Liria y Vega** (2002), el trastorno por estrés postraumático proviene del modelo sobre el que se articulan la mayor parte de las intervenciones psicosociales que hoy se proponen para este tipo de situaciones. 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 serios inconvenientes. Se refiere a una situación que no sólo no es la más común, sino que es excepcional en las situaciones de guerra o violencia política, 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 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 alejado de lo normal) y en un contexto en el que todo el mundo ha vivido experiencias semejantes. La guerra o la dictadura no son acontecimientos (que producen un impacto), sino procesos (que exigen un trabajo de adaptación). Por otra parte, los síntomas que configuran el hipotético trastorno (hiperalerta, vivencias de intrusión, evitación, entumecimiento afectivo) constituyen en buena medida defensas adaptativas ante estas

situaciones y, en cualquier caso, se dan en un porcentaje tan alto de la población que no parece que tenga sentido calificarlas de patológicas o trastornadas.

Además, si bien algunos de los síntomas que constituyen el síndrome parecen respuestas más o menos universales a adversidades importantes, en efecto, parecen estar sometidos a variaciones de una cultura a otra cultura (Beristain, 1999).

Otro inconveniente que presenta dicho trastorno, es el hecho de ignorar la importancia de los procesos colectivos en la operación de resignificación que supone la superación de la experiencia «traumática».

4.4.7 Modificaciones del diagnóstico del TEPT presentes en el DSM-IV-TR

Cía (2001) refiere que se han introducido en la revisión oficial del DSM-IV-TR (APA, 2001) ciertas modificaciones, respecto de la descripción del TEPT correspondiente al DSM-IV (APA, 1994).

- Respecto al **curso de la enfermedad**, se agregó que puede haber una reactivación de síntomas en respuesta a recordatorios del trauma, a agentes estresantes vitales o ante nuevos sucesos traumáticos. Se han descrito además, evidencias acerca de un componente hereditario para la transmisión de la enfermedad, estableciendo una relación entre la historia de depresiones en familiares de primer grado y una mayor vulnerabilidad para desarrollar el TEPT.
- En lo que hace al **Trastorno de Estrés Agudo**, el DSM-IV-TR (2001) brinda una información adicional, con relación al progreso de esta enfermedad hacia el TEPT. Menciona rangos de prevalencia para el TEA que oscilan entre el 14% y el 33% en individuos expuestos a traumas severos.
- Respecto a los **síntomas asociados al TEPT**, es interesante destacar la presencia de una constelación de síntomas, comúnmente asociados a un agente estresante interpersonal: perturbaciones en la modulación afectiva; comportamientos autodestructivos e impulsivos; síntomas disociativos; sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperanza o desesperación; sentir que ha sido perjudicado o dañado en forma permanente; pérdida del sistema de creencias anterior; hostilidad; retraimiento social; sentirse constantemente amenazado; deterioro en las relaciones con los otros; alteración de las características previas de personalidad.
- En la versión del DSM-IV-TR se mencionan **algunas causas del TEPT**. Entre los sucesos que se nombran como posibles factores causantes del TEPT, se encuentran:
 - o combatir o participar en una guerra (también ser víctima civil)
 - o sufrir violencia personal (agresión sexual, física, robos a mano armada)
 - o ser secuestrado o tomado como rehén
 - o ser víctima de ataques terroristas
 - o sufrir torturas o tormentos
 - o ser prisionero de guerras o permanecer en campos de concentración
 - o sufrir desastres naturales o provocados por el hombre
 - o participar en accidentes automovilísticos o vehiculares graves
 - o recibir un diagnóstico de una enfermedad potencialmente terminal

4.5 Trastorno por Estrés Extremo (TEE) o TEPT Complejo

van der Kolk (2002) refiere que el trastorno por estrés traumático se ha convertido en un diagnóstico común para los pacientes de hospitales psiquiátricos. Un examen de los datos de 384.000 beneficiarios de Medicaid en Massachussets en 1997/98 reveló que el trastorno por estrés postraumático, junto con la depresión, fue el diagnóstico psiquiátrico más común. Pacientes con un diagnóstico de TEPT estuvieron un tiempo diez veces mayor en el hospital que pacientes con el diagnóstico de depresión solamente. En opinión del autor, es inconcebible que los pacientes que fueron admitidos en hospitales psiquiátricos y diagnosticados con un TEPT, fueran admitidos luego de **un incidente traumático único**, tales, como una violación o un accidente automovilístico. Más probablemente, sufrirían de una constelación compleja de síntomas. Sin embargo, dado que el impacto psiquiátrico a largo plazo de traumas crónicos múltiples recibe el mismo diagnóstico (trastorno por estrés traumático) que los efectos de un incidente único, este diagnóstico no logra capturar cuán intrincados son los problemas psiquiátricos de estos pacientes, y cuán complejo es su tratamiento.

El autor considera que la mayoría de la gente que busca tratamiento por problemas relacionados con el trauma, tienen **historias de múltiples traumas**.

Como parte de las pruebas de campo del DSM-IV los miembros de la fuerza de tareas del trastorno por estrés postraumático delinearon un síndrome de problemas psicológicos que se han visto frecuentemente asociados con historias de abusos interpersonales prolongados y severos. Es decir, se describió un perfil clínico de individuos que habían experimentado la exposición prolongada y repetida a sucesos traumáticos, denominándolo «**Trastorno por Estrés Extremo No Especificado**» (TEE), o «**Trastorno por Estrés Post-traumático Complejo**» (Complex PTSD).

Herman (1992) describió las consecuencias sobre un individuo sometido a un control totalitario por un período prolongado de meses o años. Los ejemplos incluyen: ser secuestrado, o tomado como rehén, prisionero de guerra o de un campo de concentración, ser víctima de violencia doméstica, abuso físico y sexual infantil o explotación sexual organizada.

Según **Cazabat** (2001a) las situaciones descritas van más allá de las consecuencias que puede tener un único hecho traumático, ya que la degradación de la identidad y de su vida relacional provoca alteraciones profundas a nivel cognitivo, perceptual, de la regulación afectiva, en la autopercepción, en la personalidad y la identidad.

van der Kolk plantea que esto delineó un complejo de **síntomas asociados con el trauma interpersonal temprano**:

1. alteraciones en la **regulación de los impulsos afectivos**, incluyendo dificultad en la modulación de la ira y ser autodestructivo;
2. alteraciones de la **atención** y de la **conciencia** que lleva a amnesias, episodios disociativos y despersonalizaciones.
3. alteraciones en la **autopercepción**, tales como un sentido crónico de culpa y responsabilidad, sentimientos crónicos de vergüenza;
4. alteraciones en la **relación con los otros**, tales como no ser capaz de creer, no ser capaz de establecer relaciones de cercanía emocional con la gente;
5. **somatización**: el problema de sentir síntomas en un nivel somático para los cuales no se encuentra ninguna explicación médica;
6. alteraciones en los **sistemas de creencias**: pérdida de fe, desesperanza.

Estos ahora están detallados en el DSM como características asociadas al trastorno por estrés posttraumático.

Cuanto más temprano el trauma, y más larga su duración, mayor es la probabilidad de que la gente sufriera todos estos síntomas en alto grado, que constituyen el diagnóstico de trastorno por estrés extremo.

4.6 Desórdenes por disrupción

Benyakar (2003a) define «**desórdenes por disrupción**» a «los desórdenes psíquicos activados por la irrupción de eventos o situaciones fácticas, que producen en el sujeto distorsiones de la vivencia afectando, de esa manera, las cualidades de la experiencia».

Los desórdenes por disrupción dan lugar a las «**patologías de lo disruptivo**» que son aquellas en las que un cambio que ocurre en el afuera impacta en el adentro produciendo distorsiones vivenciales, o sea, vivencias traumáticas, de estrés, ominosas o de ansiedad. Esto distingue las patologías por disrupción de las neurosis en las cuales es la distorsión intrapsíquica del sujeto lo que transforma la relación con el entorno.

Según el autor, la vivencia traumática es sólo una de las posibles respuestas a la irrupción del mundo externo en el interno y es, precisamente, la desarticulación que se produce como efecto de la interrupción de la función articuladora del afecto y la representación. El estrés, en cambio, es la respuesta que consiste en una distorsión de la articulación, sujeta a una tensión máxima pero que, sin embargo, no llega al corte. De esto se desprende que una de las diferencias fundamentales entre lo que pertenece al estrés y lo que corresponde a lo traumático, explica el autor, es el destino de la articulación. Así, en la vivencia de estrés hay una articulación distorsionada mientras que en la traumática hay una desarticulación, un corte o quiebre, del afecto y la representación.

Según el autor, cuando ocurre el quiebre de la función articuladora experiencia, lo que sucede es que una vivencia traumática queda ligada al evento fáctico que da lugar a esa experiencia. Esta asociación del evento fáctico con una vivencia traumática lleva a percibir la experiencia como si ésta fuera traumática. La esencia de lo traumático es la irrupción en el psiquismo de lo no-propio, cuando el psiquismo no tiene posibilidades de transformarlo en propio. Entonces, el afecto desligado buscará incesantemente la representación de lo experimentado, produciendo la sintomatología perteneciente al orden de lo traumático, sueños, hiperalerta, flashes, pensamientos repetitivos, entre otros.

4.6.1 Síndrome de ansiedad por disrupción (SAD)

Este síndrome designa el cuadro que genera en algunas personas el mero hecho de vivir en esa clase de entornos disruptivos que, al sostenerse en el tiempo, sufren un deterioro paulatino, desigual y progresivo, causando padecimientos que obedecen a la irrupción de esos entornos en el psiquismo de las personas. Según el autor, esto lleva a los profesionales de salud mental a desviar la mirada del mundo interno del sujeto al papel que juega la dinámica del mundo externo en los procesos psíquicos que ocurren en las personas. Las formas actuales de articulación entre lo social y lo individual producen cuadros sintomáticos

que ya no encajan en las categorías habituales y piden que los profesionales de salud mental se acerquen a la experiencia singular, idiosincrásica, dependiente de la estructura psíquica de cada individuo, a través de una lente pulida por las características de los eventos fácticos asociados con esa experiencia (Benyakar, 2003a).

Según plantea el autor, en el SAD la ansiedad emerge porque el psiquismo percibe, adecuadamente, que los referentes y los significados instituidos del entorno, que proporcionan contención y facilitan enfrentar las situaciones, ya no están ahí. Las cadenas que asociaban unos hechos con otros, se desdibujan porque los hechos mismos pierden sus viejos y conocidos significados. Por ejemplo, cuando un sobre con una carta deja de ser el vehículo para la comunicación entre personas y se convierte en un arma letal. Por tanto, desaparecen los parámetros que ofrecían las referencias fijas a partir de las cuales evaluar y cuestionar la realidad externa y la interna. Así, en un entorno social distorsionado hasta esos extremos, el autor se pregunta ¿cómo podría un sujeto desarrollar mecanismos de adaptación adecuados y hacer frente a lo que le sucede?

El autor comenta al respecto que, cuando sus pacientes le dicen que se están «volviendo locos», él sabe que se están refiriendo a sus fracasos para implementar estrategias adaptativas, tanto psíquicas como conductuales, adecuadas a esa realidad amenazante que, a pesar de resultarles comprensible, los desquicia. Y continúa diciendo «...De pacientes argentinos, israelíes y neoyorkinos aprendí que esa ineptitud para lograr una adaptación activa a la realidad se debe a que o bien las personas saben qué es lo que las amenaza pero no saben cómo defenderse o a que el medio presenta un grado de aleatoriedad tal que anula el potencial adaptativo de toda conducta...». Como ejemplo de esto, el autor se refiere a la amenaza terrorista y dice: «Por las características propias de la acción terrorista – indiscriminada, imprevisible, espectacular, de altísimo valor simbólico -, no hay mecanismo que permita adaptarse a la distorsión que la amenaza terrorista introduce en la vida cotidiana de las personas cuando hace imperar el miedo y la inseguridad pero sobre todo cuando establece un grado tal de contingencia que vuelve irrazonable toda conducta posible».

El autor continúa explicando que, el SAD, por ser el resultado de una relación específica entre un sujeto y el mundo externo que lo rodea, es una entidad nosológica cuya característica más saliente es ser una estructura dinámica en permanente cambio, desencadenada por la cristalización de un entorno disruptivo; y que reúne los síntomas que aparecen en personas que sufren un fuerte impacto desorganizador en su psiquismo por vivir expuestas, durante un tiempo prolongado, a entornos habitados por amenazas inasibles atribuibles a la voluntad y la acción de grupos cuyos móviles no pueden ser aprehendidos. Los resultados que se observan de la desorganización psíquica resultante son la disfunción personal y el sufrimiento psíquico.

El autor considera que una de las características más llamativas de este fenómeno es que puede entenderse al SAD como el síndrome de las personas a las que no les pasó nada. Es decir, en todos los lugares donde se observó, fueron muchos menos los casos de SAD detectados entre las personas afectadas en forma directa por hechos disruptivos puntuales que entre quienes se sintieron amenazadas por el mero hecho de convivir con el entorno disruptivo y sus efectos sobre otros.

4.6.2 Descripción del SAD

Diversos investigadores y profesionales de la salud mental concuerdan en que los fenómenos psíquicos observados y agrupados bajo la denominación SAD son:

- **Estados profundos de desorientación e incertidumbre** respecto del presente y, sobre todo, del futuro por la ausencia de parámetros confiables que permitan sostenerse en el pasado, actuar en el presente y planificar el futuro. Los cambios repentinos en las normas que, profundamente incorporadas a la cultura y la subjetividad, enmarcan y regulan las acciones cotidianas desbaratan los recursos simbólicos. Así, los individuos pierden la capacidad para interpretar las situaciones que viven, y por tanto, el presente pierde su sentido y arrastra consigo al futuro.
- **Vivencias personales de desamparo e impotencia** porque las instituciones sociales, que normalmente aseguran la vigencia de los marcos normativos, se ven desbordadas por los acontecimientos y ya no pueden garantizar las reglas de convivencia ni cumplir con las funciones para las que fueron creadas.
- **Sensación de estar atrapado**, de no poder escapar a las situaciones amenazantes, ya que el actual desarrollo de los medios de difusión universaliza los temores y no permite que queden resquicios donde sentirse a salvo.
- **Un miedo difuso pero permanente**, muchas veces no reconocido como tal, se instala como resultado de vivenciar la presencia constante de peligros larvados de origen no identificable.
- El miedo dispara sentimientos cada vez más hondos e indiscriminados de **desconfianza, sospecha y desvalorización de los otros**. Estas emociones exacerbadas en relación con las personas a quienes

compete la responsabilidad de asegurar la estabilidad normativa e institucional, o sea, funcionarios y dirigentes, pueden desembocar en ira.

- La desconfianza promueve el aislamiento y éste, a su vez, subraya la desconfianza. Se establece así una espiral que empuja a las personas afectadas a asumir **conductas egoístas, indiferentes o incluso hostiles**.
- En quienes estos comportamientos no son habituales, son frecuente los **sentimientos de malestar, de culpa y las actitudes de culpar a otros**.
- Las personas que no pueden manifestar su ira caen presas de **sentimientos de indefensión y anodamiento** que a veces las llevan a la parálisis.
- La incertidumbre ocasionada por el cambio en las reglas de juego alienta el sentimiento de impotencia. Incertidumbre e impotencia combinadas **inhiben la capacidad para tomar decisiones y/o sostenerlas una vez tomadas**. Es común que personas que se sientan de esta manera caigan en estados de abulia. O que, por el contrario, recurran a una hiperactividad sin rédito y desgastante.
- El carácter inasible de las amenazas agrava la tendencia humana a **establecer culpables** visibles e identificables sobre quienes descargar la frustración. A su vez estas actitudes, a menudo irracionales, necesitan ser justificadas, lo cual incrementa la **necesidad de aferrarse a certezas absolutas**.
- Pueden darse **estados de confusión leve**. El desconcierto resultante instala en algunas personas la **duda acerca de la validez y adecuación de los propios sentimientos y percepciones**, y las hace dependientes de la opinión de otros que puedan confirmarlos. Si esta dependencia se establece con personas que enarbolan las buscadas certezas absolutas, quedan establecidas para el desarrollo de adhesiones fanáticas.
- Es muy frecuente la **necesidad imperiosa de hablar** insistentemente acerca de lo que sucede; de expresar a otros, una y otra vez, los temores, las inseguridades, los desconciertos, como si de ese modo pudieran disiparse o como buscando validar sus vivencias y certificar que la amenaza existe, que no es mero producto de su subjetividad.
- Al hacerlo, sin embargo, la persona se transforma, consciente o inconscientemente, en un «agente propagador del caos» que magnifica y potencia el malestar general y **teme estar personalmente involucrada en la generación de su propia desazón y de la ajena**. Aun cuando quien así sienta tenga la certeza de que no hay nada más alejado de su deseo que ese resultado y que nada hizo que justifique el temor que siente en ese sentido, se apodera de ella un **sentimiento generalmente injustificado de complicidad con lo que amenaza**.
- Esta sensación de complicidad se refuerza debido a que **la amenaza no puede ser reconocida como totalmente ajena al individuo**.
- Puede ocurrir que quienes se saben inocentes, exentos de responsabilidad directa alguna en relación con los acontecimientos externos que producen la disfunción generalizada del entorno, también se sientan **atrapados en una penosa situación dentro de la cual ninguna de las respuestas posibles está a salvo de adquirir el sentido que el enemigo ignoto, no identificable, le confiera**. No poder dominar el sentido de las propias acciones es una experiencia terrorífica muy frecuente entre las personas que viven en un entorno organizado alrededor de la amenaza terrorista, porque significa que cualquier conducta que asuman terminará, fatalmente, siendo una prueba del éxito de la acción terrorista.
- En tanto el miedo rechaza toda forma de adaptación, **las personas asumen conductas pseudoadaptativas**, por ejemplo, privarse de ir a cines o a supermercados o de viajar en vehículos públicos, como si con ello se pudiera acrecentar la seguridad personal.
- La compulsión a hablar suele ir acompañada de otra de signo contrario: la de consumir noticieros televisivos y radiofónicos, diarios y revistas, chismes y rumores, buscando la información que aclare y calme. Esta necesidad, que no parece satisfacerse nunca, acrecienta el **consumo de datos hasta niveles intoxicantes que desgastan la capacidad crítica de los sujetos**.

4.6.3 Rasgos específicos y comunes con otros síndromes

Benyakar (2003a) plantea que algunas de las manifestaciones clínicas que presentan las personas afectadas por el SAD son comunes a los cuadros de ansiedad generalizada, los ansio depresivos, la depresión, el estrés agudo y el estrés postraumático. Sin embargo, estas manifestaciones clínicas:

- No cumplen con los criterios que las clasificaciones actuales requieren para establecer tales diagnósticos;
- Mucha de la fenomenología que se presenta en el SAD no aparece en ninguno de los otros cuadros;
- Tampoco es posible ubicar este síndrome dentro de los trastornos por ansiedad no especificada, y
- Dado que las personas que presentan manifestaciones del SAD no despliegan defensas tanto psíquicas como conductuales adecuadas porque el medio no lo permite, la sintomatología no puede incluirse

dentro de los cuadros de estrés, ni calificarse como vivencias traumáticas.

Según el autor, estos argumentos justifican la postulación de la existencia del síndrome de ansiedad por disrupción y llevan a insistir en la necesidad de considerarlo una entidad nosológica en sí misma. Y justamente por ello, es preciso señalar las características propias, inherentes, al SAD que le confieren su singularidad.

4.6.4 Particularidades del SAD

1. La situación disruptiva no causa el colapso del psiquismo y por ello el SAD no puede ser incluido en la categoría de vivencias traumáticas.
2. El factor disruptivo no puede ser identificado como una amenaza, por lo que no puede hablarse de «vivencias» de estrés.
3. Las personas sienten que los sucesos disruptivos- externos, complejos, difusos, constantes, omnipresentes- son causados por ellas mismas, aun cuando no se encuentren involucradas ni directa ni indirectamente en su ocurrencia.
4. De igual modo que en los trastornos distímicos y por ansiedad originados en el psiquismo individual, el SAD también produce disfunciones en las conductas sociales, laborales, familiares. Pero, en este caso, el sufrimiento individual reconoce su origen no en el factor subjetivo sino en la distorsión del entorno y la pérdida objetiva de los roles y posiciones económicas y sociales (trabajo, ingresos, vivienda, vestimenta, etc.) que sostienen la identidad de los individuos.
5. A diferencia de los cuadros caracterizados como trastornos de ansiedad, en los cuales el individuo tiende a ocultar o esconder sus síntomas, el SAD se caracteriza por la necesidad pseudocompulsiva de hablar y compartir los sufrimientos.
6. Los sufrimientos más comunes son incapacidad para concentrarse, desinterés por el afuera, impotencia vital por delibidinización de las relaciones cotidianas, astenia mental o física, fatiga, inquietud e impaciencia, letargo o su contrario: hiperactividad sin beneficio y aun debilitante; desesperanza, incapacidad de proyectar, tendencia a sobrereactuar el temor, anhedonia, baja autoestima. Son frecuentes, también, los desórdenes del sueño, sea insomnio o hipersomnia, la tendencia a la somatización y a los ligeros desórdenes alimentarios.
7. El soma se transforma en el receptor de ansiedades psíquicas no procesadas así como en el medio para expresar lo que no puede decirse. La tendencia a somatizar concomitante no va acompañada del correspondiente interés y preocupación de parte de los afectados de SAD por los síntomas somáticos que les aparecen. Como ocurre con los desórdenes somatomorfes, en este caso el síntoma también, paradójicamente, provoca alivio. Es que en un entorno disruptivo con tan alto poder desorganizador de la subjetividad el cuerpo provee sentido de continuidad.
8. Por último, el abordaje clínico del SAD reconoce una especial complejidad ya que el tratamiento se desarrolla en un entorno disruptivo que afecta y conmueve tanto a los pacientes como a sus eventuales terapeutas.

4.7 Crecimiento Postraumático

Calhoun y Tedeschi (1995), comentan que en su primer libro acerca del fenómeno del crecimiento postraumático, comenzaron con un fragmento de una entrevista con un hombre joven que había quedado parapléjico como resultado de un accidente automovilístico. Los autores refieren haberse sentido sorprendidos al escuchar las palabras de este joven acerca de su trauma «...*Fue probablemente lo mejor que pudo haberme sucedido alguna vez...*». Luego de algún tiempo, ellos comenzaron a trabajar en la clínica y en investigación en trauma, lo cual les enseñó que los sobrevivientes de acontecimientos traumáticos eran más fuertes de lo que muchos psicólogos creían. De hecho, alrededor de las dos terceras partes de los sobrevivientes de situaciones traumáticas, pueden mencionar sentirse beneficiados en diversos aspectos por haber luchado para afrontar los cambios impuestos por el trauma.

El acercamiento convencional a las salidas del trauma, se focaliza en los efectos negativos, y en el peor de los casos, el desarrollo del trastorno de estrés postraumático. Si bien los autores no desconocen que estas salidas ocurren, afirman que el crecimiento postraumático es una respuesta que se da en muchas personas.

Según **Figley** (2003), desafortunadamente, el campo de la psicotraumatología se desarrolló ante todo sobre la base de eventos observables, en su mayoría limitados a las consecuencias negativas del trauma; una parte sustancial de la investigación se ha centrado en los síntomas clínicos, en especial los síntomas del trastorno por estrés postraumático. Sin embargo, está surgiendo un cuerpo de literatura que enfatiza la evaluación y los enfoques terapéuticos basados en las fortalezas. Un ejemplo, es el libro *Learned Optimism* (Optimismo Aprendido) escrito por Seligman, cuyo opuesto es el desamparo aprendido. Los mecanismos

subyacentes deberían poder explicar cómo alguna gente crece a partir de experiencias potencialmente traumáticas, así como también, por qué en ciertas circunstancias (tanto internas como externas al individuo y su red social) algunos individuos traumatizados responden a las experiencias traumáticas tanto en forma inmediata como a largo plazo.

Según **Kalayjian** (1995) científicos y profesionales de la salud, generalmente, suelen hacer foco solamente en los aspectos negativos de los desastres. Sin embargo, cabe señalar que los desastres también pueden presentar oportunidades para el crecimiento, el desarrollo y el progreso.

En su opinión, una pronta y correcta intervención no siempre debe contemplar la vuelta al estado de pre-crisis, sino que es preciso considerar que se puede lograr un nivel más alto de salud mental. En consecuencia, si la resolución del estado de crisis resulta exitosa, el individuo aprende nuevas conductas de resolución de problemas y recupera un estado de equilibrio, un continuo estado de funcionamiento superior al que tenía antes de experimentar la crisis.

La autora menciona algunos de los cambios positivos luego del desastre:

- Experiencia de renacimiento.
- Reconstrucción de comunidades destruidas u otros daños.
- Desarrollo de nuevas y más sanas habilidades de afrontamiento.
- Adopción de un nuevo y más positivo significado de la vida.
- Experimentación de un crecimiento existencial.

En esta misma línea, **Perren Klinger** (2003) considera que, la exposición a una situación catastrófica no conduce obligatoriamente al desarrollo de síntomas postraumáticos. La historia ha mostrado que el ser humano dispone de capacidades y de recursos que le permiten afrontar situaciones extremas, integrarlas en su vida cotidiana y crecer interiormente. Mucha gente, *marcada pero «no rota»* logra encontrar un ritmo de vida y una visión positiva del futuro. La autora continúa diciendo que, actualmente, se sabe que una intervención de apoyo precoz estimula y refuerza esta capacidad de recuperación: la resiliencia. La información adecuada acerca de las diferentes reacciones traumáticas permite identificarlas y afrontarlas más serenamente, con el fin de evitar la cronificación y así mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

Violanti (2003) plantea que casi la mayoría de los individuos son capaces de convertirse en agentes de su propio restablecimiento.

Cia (2001) refiere que luego de ocurrido un suceso traumático, también hay quienes pueden aprender de la experiencia, elaborar gradualmente lo sucedido y ajustar sus expectativas, sin desarrollar la enfermedad.

Por todo ello, es posible contemplar el crecimiento postraumático como una resultante posible luego de haber experimentado una situación de naturaleza traumática.

Calhoun y Tedeschi (1996), argumentan que entre los sobrevivientes de diversos acontecimientos traumáticos, han encontrado ciertos aspectos del crecimiento postrauma: más intimidad, y apertura emocional en las relaciones con los otros, desarrollo espiritual y religioso, una apreciación más profunda acerca de la vida, etc. Estos aspectos pueden ser adecuadamente potenciados en el trabajo de psicoterapia, a medida que son descubiertos por la propia persona. En una revisión de la literatura que estudia aspectos de superación personal, a partir de situaciones traumáticas (violación, incesto, duelo, cáncer, HIV, desastres, combate o el Holocausto) agrupan éstos en tres categorías:

- a) **Cambios en la percepción que se tiene de uno mismo.** Sentirse más fuerte, más reafirmado en uno mismo, con más experiencia y más capacidad de afrontar dificultades futuras. Aumento de las posibilidades de que en situaciones difíciles en el futuro se responda de una manera asertiva. La persona desarrolla una autoimagen de fortaleza, una confianza que después puede generalizarse a otra clase de situaciones, incluso traumas futuros.
- b) **Cambios en las relaciones interpersonales.** Estos cambios tienden a incluir un aumento experimentado en proximidad interpersonal y emocional con otras personas, así como también, un aumento percibido en su libertad para expresar sus emociones. Además, suelen referir un incremento en la comprensión del sufrimiento de otras personas.
- c) **Cambios en la filosofía de vida.** Para muchas personas implica una experiencia de sabiduría existencial. Se aprecia más lo que se tiene, se valora más la vida, a partir de la amenaza de perderlo todo bruscamente o al observar la muerte de otras personas. Un porcentaje importante de personas cambia su escala de valores y sus prioridades, y aprenden a disfrutar más de la vida. Aunque algunas personas puedan sentir que sus creencias religiosas se quiebran, para otras supone un redescubrimiento o un refuerzo de su fe, lo que a su vez puede llevar a un aumento de la confianza en sí mismo, de la sensación de control y de sentido de la vida.

La idea de que la fortaleza viene con la adversidad es bastante antigua. Se ha encontrado en la mayoría de las religiones, en los sistemas filosóficos y en la psicología existencial (Calhoun y Tedeschi, 1995). Diversos clínicos y científicos (V. Frankl, A. Maslow, I. Yalom) escribieron respecto de la posibilidad de un

cambio personal positivo luego de experimentar situaciones críticas de la vida (Kalayjian, 1995).

Calhoun y Tedeschi (1998), defienden que la respuesta normativa universal ante un hecho traumático es la del dolor y las vivencias negativas. Pero, que una vez aceptado esto y planificado el trabajo de psicoterapia para intentar disminuir estos efectos, hay algunas personas que son capaces de ver elementos positivos en el proceso de lucha que iniciaron tras el hecho. En su modo de entender el tema, el dolor es el sentimiento más importante; y explican que el hecho de que una persona sea capaz de apreciar algunos valores positivos tras sufrir una lesión invalidante, una enfermedad o un desastre, no significa que se llegue a apreciar lo ocurrido; sino que hay que verlo como una respuesta de fortaleza (socialmente reforzada) de un espíritu que por lo demás está probablemente desecho. Para ellos, para que haya crecimiento personal, suele ser necesario que haya dolor, y que haya una reflexión sobre los acontecimientos.

Calhoun y Tedeschi enfatizan que esta reflexión ocurre en dos fases. La fase inicial, implica el disturbio, los pensamientos automáticos e intrusivos descritos en el trastorno de estrés postraumático. Luego de un tiempo, cuando la tensión emocional es mejor manejada, comienza a darse un proceso más deliberado de reflexión, en el que se desarrolla una nueva narrativa o historia de vida que incorpora el trauma y sus consecuencias y revela un crecimiento.

Según **Neimeyer et al.** (2002), la lucha por la reconstrucción del significado ante una pérdida no sólo conlleva tristeza, pena y desesperación, sino también un potencial de crecimiento. Incluso en los casos más dolorosos, muchos supervivientes experimentan un aumento, más que una disminución, del significado personal.

4.8 Modelo del Cambio Personal aplicado a situaciones traumáticas de Janoff- Bulman.

Según **Janoff-Bulman** (1991), las víctimas de crímenes, de violaciones, de accidentes graves, de enfermedades, de pérdidas tempranas de un ser querido y de desastres naturales suelen afirmar haber cambiado considerablemente como resultado de su desgracia. La autora, a partir de su vasta experiencia trabajando con una gran variedad de personas victimizadas, postula que habría una serie de **procesos psicológicos** que subyacen a las reacciones de las víctimas.

El trauma de la victimización es mejor entendido en términos de un intenso desafío planteado a los supuestos básicos de las víctimas acerca de ellos mismos y del mundo. Entre los supuestos más fundamentales que son mantenidos, hay creencias acerca de la autovaloración y acerca de la benevolencia y el significado del mundo. En general, se tiende a creer que uno es bueno y que los eventos tienen un sentido y no ocurren casualmente. Es decir, se cree que las cosas pasan a las personas porque se lo merecen o porque actuaron de manera que causaron que eso sucediera. Todas estas creencias, proveen a las personas de un sentido de seguridad y protección. De este modo, se suele mantener una «*ilusión de invulnerabilidad*» o un «*optimismo irrealista*».

Estos supuestos fundamentales cambian por la experiencia de victimización, la cual puede ser entendida en términos de procesos de confrontación, resistencia, validación e integración.

Janoff- Bulman propone que hay cuatro elementos centrales implicados en el proceso de cambio personal. Este proceso comprende el reconocimiento de un dato anómalo (confrontación), una oposición a cualquier cambio aparejado por la nueva información, ignorando o reinterpretando el nuevo dato (resistencia). Luego, una comprensión de la nueva información (validación); y finalmente, una integración del nuevo dato a las creencias anteriores. Los cuatro elementos son, esencialmente, microprocesos y están ordenados, temporalmente, de manera que la confrontación representa el primer estadio del proceso total, y la integración el último.

Este modelo general es posible de ser aplicado a las situaciones de cambio personal precedido por la victimización.

- **Confrontación:** Hay ciertos eventos en la vida de las personas que, simplemente, no pueden ser incorporados por los supuestos más básicos, aquellos que se han desarrollado y mantenido a través de años de experiencia. Las victimizaciones, los crímenes, accidentes graves, y desastres naturales fuerzan a la gente a cuestionar sus supuestos más fundamentales acerca de ellos mismos y del mundo. El dato de su experiencia negativa no encaja, no se acomoda. No puede ser fácilmente integrado. De pronto, la víctima es confrontada con la posibilidad de que su sistema conceptual no funcione, como un sistema que no puede evaluar qué ha sucedido. Los fuertes sentimientos de ansiedad, confusión y depresión que son frecuentemente experimentados como consecuencia inmediata de la victimización, reflejan la crisis cognitiva-emocional de la víctima, la amenaza potencial de completa desintegración del mundo de supuestos de la víctima. La crisis es profunda, porque son las creencias básicas las que son atacadas. Todos tienen una necesidad de coherencia y estabilidad en su sistema conceptual. Por ello, no es sorprendente, que aparezca en un primer momento cierta resistencia al cambio bajo la forma de negación.

- **Resistencia:** La negación es una respuesta extremadamente común a la victimización. Es usual, que implique un descreimiento acerca de la ocurrencia del evento traumático, o más frecuentemente, una falta de reconocimiento de la gravedad del evento negativo. La realidad de la victimización es demasiado amenazante como para confrontarla inmediatamente y toda de una vez. Además, esta implicando la posibilidad de un quiebre total de los propios sistemas conceptuales. A través del uso temprano de la negación, las víctimas resisten la amenazadora información. Aunque, en la literatura psiquiátrica, la negación ha sido considerada como desadaptativa; ésta puede, de hecho, jugar un rol muy adaptativo en los estadios tempranos del proceso de afrontamiento de las víctimas. Generalmente, la negación decrece con el paso del tiempo, y las víctimas reconocen el «verdadero valor» de sus experiencias y se esfuerzan por integrar el nuevo dato.
- **Validación:** En el caso de eventos negativos en extremo, la validez del nuevo dato es difícilmente cuestionada. La validez fenomenológica es extremadamente alta. La experiencia de la víctima es demasiado vívida como para ser ignorada. Racionalmente, todos saben que los eventos negativos tales como un crimen y una enfermedad grave suceden, pero en algún nivel, no creen que tales eventos puedan sucederles a ellos mismos. Experimentar un evento de estos, directa o indirectamente a través de gente cercana a uno, tiene inevitablemente su efecto. La validez no es un proceso problemático en el caso de una victimización; las víctimas saben (emocionalmente y experiencialmente) el verdadero valor del dato derivado de sus experiencias.
- **Integración:** El dato es demasiado válido como para ser negado durante un largo período de tiempo. El afrontamiento de la victimización implica una reconstrucción viable de un conjunto de supuestos básicos respecto del mundo y de uno mismo, un conjunto de supuestos que puedan tener en cuenta el antecedente de la experiencia traumática. Esto no es tarea fácil; las creencias en cuestión son aquellas básicas y fundamentales que conforman el mundo de supuestos de las víctimas. ¿Cómo integran la experiencia? Este difícil proceso es facilitado por una serie de estrategias de afrontamiento. Estas estrategias ayudan a minimizar las implicaciones negativas del evento traumático. Así, diversas estrategias les permiten a las víctimas sostener ciertas creencias positivas acerca de la benevolencia del mundo y de la propia identidad. De este modo, las víctimas tratan de compararse a sí mismas con otros que están peor que ellos, reinterpretar su experiencia, al menos parcialmente, desde una visión más positiva; y observar los beneficios derivados de su experiencia. Las personas suelen referir haber encontrado una nueva apreciación de la vida y un reconocimiento acerca de qué es lo realmente importante, así como, un nuevo sentido de sus propias fortalezas y posibilidades. Otra estrategia de afrontamiento, es la autoinculpación, la cual es muy común luego de la victimización. Asociada a la depresión, la autoinculpación es, generalmente, considerada como una estrategia desadaptativa. La autora distingue dos tipos de autoinculpación: a) Autoinculpación caracterológica (characterological self - blame): un sentimiento desadaptativo y disfuncional, proveniente de una auto-atribución de características personales de fracaso, por lo general relacionadas con la autoestima («no valgo...», «me lo merezco...»). b) Autoinculpación conductual (behavioral self - blame): se refiere a un sentimiento adaptativo enfocado en conductas que pueden ser modificadas.

Capítulo Nº 5: Intervenciones en situaciones de catástrofe y desastre

Primera parte: Abordajes de la situación de catástrofe y desastre

La necesidad de asistir a una gran cantidad de ciudadanos traumatizados luego de un atentado terrorista representa un nuevo desafío para los profesionales de la salud mental. Los conocimientos acumulados a partir de las respuestas universales al trauma y la pérdida, deben ser adaptados a la dolorosa realidad que enfrentan numerosas naciones alrededor del mundo (Cohen, 2003).

5.1 La población asistida

Es importante destacar que por cada damnificado físico en un desastre, por lo menos, habrá tres personas que pueden tener consecuencias en su salud mental; se suman al damnificado dos o más allegados. A pesar de estos datos, por lo general, el número de personal especializado en salud mental es siempre significativamente inferior que el capacitado para la asistencia física.

El equipo de salud mental debe asistir simultáneamente diferentes poblaciones (Benyakar, 2003b). Damnificados física y psíquicamente, y sus familiares, ya sea que se encuentren directamente relacionados con el evento o a distancia del mismo.

Otra población es la del personal que asiste en este tipo de situaciones (socorristas, bomberos, policías, etc.) quienes deben enfrentarse con situaciones desgarrantes y no siempre están suficientemente preparados para ello.

Por otro lado, se encuentra el mismo equipo de salud mental que necesita una sólida supervisión y asistencia de sus necesidades.

Cohen (2003), realiza una distinción de los distintos grupos de sobrevivientes según el impacto físico de la catástrofe haya sido directo o indirecto:

- **Sobrevivientes de primer nivel:** son aquellos que experimentaron una exposición máxima al evento traumático; por ejemplo: impacto directo de una esquirra de bomba, infección por carbunclo (ántrax).
- **Sobrevivientes de segundo nivel:** son los parientes cercanos de las víctimas primarias.
- **Sobrevivientes de tercer nivel:** es el personal de rescate o recuperación, de la Cruz Roja o de emergencia; médicos, enfermeros, médicos forenses, profesionales de la salud mental; sacerdotes, bomberos, policías, administrativos, docentes, etc.
- **Sobrevivientes de cuarto nivel:** es la comunidad afectada por el evento (periodistas, funcionarios públicos).
- **Sobrevivientes de quinto nivel:** son los individuos que experimentan estados de estrés y perturbación luego de ver u oír informes periodísticos.

Según Cohen, se ha comenzado a debatir sobre la práctica de «rotular» de víctima o paciente post-catástrofe a los individuos traumatizados y, el impacto que esto tiene en el desarrollo de la respuesta de estrés. Ha sido demostrado que un «rótulo» con implicancias sociales negativas puede tener, a largo plazo, un impacto debilitante en el sobreviviente. El hecho presenta un desafío a los profesionales de la salud mental que trabajan con el trauma post-catástrofe, quienes deben referirse a ciertas disfunciones sin utilizar los rótulos asociados a las respuestas de trauma. Hay que tener en cuenta que, los sobrevivientes no son pacientes sino individuos traumatizados: aunque un pequeño porcentaje tenga un diagnóstico mental previo o desarrolle un síndrome tal como el trastorno por estrés postraumático, la mayoría de los individuos afectados responden en forma normal a una situación anormal.

5.2 Programa de salud mental en situaciones de catástrofe y desastre

Benyakar (2003a) considera que las catástrofes suscitan reacciones inadaptadas tanto en el nivel individual como en el colectivo. Una de las paradojas de la labor en situaciones disruptivas, es que la **prevención** de tal tipo de conductas durante las catástrofes implica la toma de medidas similares: unas durante la situación crítica; otras, a lo largo de vida de los ciudadanos (a largo plazo).

5.2.1 Prevención a largo plazo

Según el autor, en momentos de normalidad, la prevención debería comprender **acciones educativas** a través de las cuales se provea a los ciudadanos información referida a las posibles situaciones de catástrofe que podrían enfrentar y el **entrenamiento** para hacerlo. Las medidas de educación vienen a reforzar la pertenencia al grupo y a la sociedad, a promover la adhesión a los valores colectivos sociales, culturales y morales e inculcar los deberes de civismo y altruismo. Las medidas de información deben ser claras y precisas. Deben aportar datos esenciales sobre las posibles consecuencias de las catástrofes, los peligros y las amenazas reales que conllevan, discriminándolos de los imaginados, e instruir acerca de las maneras de prevenirlos y enfrentarlos. Los conocimientos transmitidos deben ser objetivos, sin connotaciones dramáticas a fin de no alimentar los tan frecuentes miedos irracionales que desorganizan la conducta de los individuos (Benyakar, 2003a). Es de suma importancia, que los profesionales de salud mental incentiven el despliegue de información, por medio de actividades educativas y de intercambio, como así también la formación de personas idóneas para la resolución de los problemas que puedan surgir durante una catástrofe. Ellos deben propiciar, asimismo, el apoyo de la sociedad al programa de ayuda a los damnificados. **Cohen y Ahearn** (1989), postulan que las actividades educativas, además de orientar y entrenar al público en general, deben dirigirse a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de gobierno y al personal del programa de salud mental. El rol de los profesionales de la salud mental es fundamental tanto en la selección de los contenidos a transmitir como en las formas que se utilizan.

5.2.1.1 Los actos de entrenamiento

En general, hay acuerdo en que el entrenamiento se logra mediante la repetición de ejercicios de protección y de socorrismo, dado que la repetición permite incorporar y automatizar las respuestas adecuadas de manera de moderar el efecto sorpresa que tiene la irrupción de un peligro real. La automatización ayuda aún cuando el sujeto sea presa de un shock emocional, de la sensación de fragilidad, de indecisión y/o de inhibición. Se recomienda detectar a los individuos vulnerables psíquicamente a la vez que seleccionar a los más resistentes, en función de su estabilidad emocional y capacidad para tomar decisiones en situaciones críticas a fin de prepararlos para dirigir a los grupos y asumir puestos de responsabilidad. Según comenta el autor, a partir de su experiencia en Israel, ha aprendido la importancia que tiene que cada

individuo conozca el lugar y la función asignados a él en situaciones de este tipo. Los **niños** merecen un capítulo aparte. Su adecuado entrenamiento requiere que los simulacros que se hagan con ellos sean lo menos amenazantes posible y que, al llegar a sus lugares de refugio, dispongan de juguetes de su pertenencia o algunos dibujos que ellos mismos hicieron. Al desarrollar la actividad de los simulacros, con los niños se deben tener las mismas precauciones que se tienen en general. Esto es, no sólo es importante transmitir indicaciones técnicas sino dar un sentido a la actividad que se realiza y evitar, en la medida de lo posible, las tendencias a la dramatización y al ridículo. Estas actitudes se generan frecuentemente como reacciones defensivas de las personas, transformando a los simulacros en encuentros carnavalescos, en los cuales sólo los funcionarios que están siendo controlados son los que se involucran en la actividad desarrollada (Benyakar, 2003b).

5.2.2 Prevención en la situación crítica

Esta es una etapa que no es factible de realizar en todos los eventos disruptivos. Se puede desarrollar sólo en aquellas situaciones en que la población y el equipo de salud reciben un preaviso sobre la posibilidad que el desastre se produzca. Este fue el caso de la Guerra de los Seis Días y de la Guerra del Golfo en Israel (Benyakar, 2003b). Las actividades de prevención incluyen el refuerzo del marco social y de las instrucciones dadas, la provisión de información concerniente a la amenaza y los riesgos en juego, y la repetición de ejercicios de seguridad y socorrismo. Para posibilitar una gestión lógica en la fase de alerta, la población necesita información precisa sobre el peligro y su progresión, sobre los dispositivos de seguridad y la distribución de los puestos a los que la gente deberá recurrir e instrucciones claras para la evacuación y el rescate ante la inminencia de la fase de shock. Todas las acciones que se realicen en ese momento buscarán evitar que cunda el temor y se propaguen rumores alarmistas (Benyakar, 2003a).

5.2.3 Consideraciones respecto de la programación de la asistencia de la salud mental durante y después de un desastre

Según **Cohen y Ahearn** (1989) en la fase aguda, los profesionales deben concentrarse en solucionar los problemas. Los autores afirman que, los integrantes del equipo de salud mental que enfrentan el caos del período inmediatamente posterior a que se desencadene la catástrofe con frecuencia se sienten perplejos e inseguros en cuanto a las medidas a tomar, y por eso necesitan conocimientos que les permitan reaccionar y actuar rápidamente. El grueso de esta tarea se da en escenarios y momentos en los cuales los agentes del programa de salud mental carecen de los conocimientos, las habilidades y la confianza en sí mismos necesarios para enfrentar las situaciones (Benyakar, 2003a). Por lo tanto, conviene que el reclutamiento del personal, la movilización de los recursos que se precisan y la planificación de la ayuda a los damnificados sean realizados por los coordinadores de los servicios de salud mental, que saben de las consecuencias emocionales de un desastre. Para ello, deben estar capacitados para llevar a cabo la coordinación con otros servicios y evaluar las necesidades y las maneras de brindar ayuda psicológica a los damnificados. Sin esa conducción idónea, los miembros del equipo de salud mental suelen perder tiempo valioso en decidir qué tareas se precisan y la forma de realizarlas.

5.2.3.1 Proceso de planificación de los servicios de salud mental

Cohen y Ahearn (1989) proponen que los puntos centrales de la planificación de un programa de salud mental deben incluir: a) evaluación de las necesidades; b) definición de los objetivos de intervención; c) consideración de posibles opciones; d) diseño de un programa; e) puesta en práctica y ejecución de un proyecto de atención en el área de salud mental.

Los autores consideran los siguientes pasos en el proceso de planificación de los servicios de salud mental:

- 1. Aprobación y apoyo:** antes de actuar, los administradores de los servicios de salud mental necesitan que se aprueben y legitimen sus acciones. En algunos casos, ellos mismos tendrán la autoridad necesaria, en virtud de su puesto o situación legal, mientras que en otros tendrán que buscar activamente la aprobación de «reconocedores válidos», a fin de iniciar los servicios de atención de la salud mental para los damnificados. Cuando el programa carece del reconocimiento de las autoridades y de otras instituciones con las que habrá que trabajar en conjunto, a menudo sucede que aparecen conflictos de competencia y disminuyen así las probabilidades de éxito. De la aprobación depende que se pueda obtener el apoyo formal e informal en todos los niveles y que los servicios de salud mental puedan relacionarse y coordinar las acciones con diversos servicios afines.
- 2. Evaluación de las necesidades:** todo plan dirigido a brindar ayuda psicológica debe responder a los problemas específicos de los damnificados. A tal efecto, el equipo de salud mental debe: a) conocer la definición que se da de salud y enfermedad en la comunidad; b) indagar los problemas existentes a fin de

determinar la naturaleza y magnitud de los mismos, así como los grupos afectados; c) evaluar los recursos locales de que se dispone para enfrentar los problemas, y d) emplear estos datos para elaborar los objetivos y estrategias del programa.

3. **Objetivos de los servicios de salud mental:** establecer prioridades en cuanto a los servicios mismos.
4. **Financiación:** el costo de un proyecto de salud mental para la asistencia de damnificados esta en relación con el tipo y la magnitud del programa planeado. Lograr el financiamiento depende, en buena medida, de la capacidad del equipo de salud mental de gestionarlo y del reconocimiento por parte de los ciudadanos de la necesidad de contar con él. Depende también de la adecuación del proyecto propuesto a la realidad y de la capacidad de los líderes para movilizar los recursos de la comunidad.
5. **Estructuras administrativas:** en muchos casos el plan de salud mental estipula el tipo de estructuras administrativas que se consideran necesarias para prestar servicios a los damnificados. De no ser así, es necesario definir las para poder decidir cuestiones de patrocinio y financiamiento del programa, definir los tipos y grados de autoridad, y si el programa será centralizado o descentralizado. Una vez tomadas tales decisiones, los administradores del proyecto realizan el reclutamiento del personal, la definición de las tareas, la asignación de responsabilidades, la creación de un sistema de información, la instauración de los procedimientos presupuestarios y contables, la prestación misma de los servicios y los mecanismos de control de gestión.

5.2.3.2 El equipo de salud mental

Benyakar (2003b) plantea que son varios los factores problemáticos en esta área. En principio, el hecho de que el número de profesionales necesarios para asistir a la población que se necesita, es por lo general muy reducido para las características de la intervención. En segundo lugar, el tipo de contacto y el tiempo que cada profesional debe estar con los damnificados asistidos requiere de mayores esfuerzos, que no siempre son considerados en los programas asistenciales en estos casos. Por este motivo, los equipos de salud mental deben formar, aunque sea de una manera rudimentaria, a la población para que pueda funcionar como sostén en este tipo de situaciones, para complementar así las funciones que aquellos deben desarrollar.

Según el autor, la función de los psiquiatras en este tipo de situaciones es sumamente importante y, a la vez, problemática. En parte, por el preconcepción de la sociedad que considera a los psiquiatras como los representantes de la patología y de enfermedades psíquicas graves. Sumado a ello, se cree asimismo que la presencia del psiquiatra es necesaria sólo en casos de tratamientos farmacológicos. Existe una posición similar adoptada por los mismos psiquiatras, sin poder postularse como articuladores entre lo psíquico y los cambios biológicos que requieren tratamientos farmacológicos. En su modo de entender, el autor considera de suma importancia la presencia de profesionales de la salud mental con amplia experiencia en todo tipo de patologías, incluyendo las patologías graves, para poder diferenciar entre las reacciones adaptativas normales y las reacciones patológicas que requieren ser tratadas por los profesionales adecuados. Por lo tanto, los equipos deben estar constituidos por profesionales de las diferentes ramas de la salud mental: psicólogos clínicos y sociales, trabajadores sociales, educadores, enfermeras con experiencia en el área de la salud mental, etc.

A raíz de considerar estas diversas cuestiones, el autor desarrolló el concepto de «**Liderazgo Funcional**» diferenciándolo del «**Liderazgo Estructural**». En el «liderazgo estructural» conduce al grupo aquél que tenga mayor rango jerárquico, tanto sea porque la profesión es considerada de mayor prestigio jerárquico o por el puesto administrativo que la persona posee. A diferencia de esto, el «liderazgo funcional» se despliega en base a la capacidad del profesional de sostener un grupo de trabajo en forma integrativa, coherente, eficiente y creativa. Por lo tanto, no es la profesión ni es el supuesto prestigio lo que determina la conducción del grupo, sino estas condiciones mencionadas. En situaciones de emergencia en las que deben organizarse equipos recurriendo a diversos tipos de recursos humanos conviene que las posiciones de conducción sean asumidas por quienes presentan la mayor capacidad para liderar. En general, quienes asumen esta función son personas con importante conocimiento de los aspectos clínicos, aptitudes personales necesarias para actuar como líderes y experiencia previa. En dichas ocasiones, es requerida una gran plasticidad, lo cual implica evitar liderazgos fijos que obedezcan a jerarquías preestablecidas y formales. El liderazgo estructural, característico de los organismos estatales, del ejército, las grandes empresas, etc., se basa en la división y jerarquización de las funciones. Este tipo de liderazgo somete al grupo a una autoridad indiscutible.

Una de las características de este tipo de situaciones es la incapacidad del damnificado de solicitar asistencia; este factor lleva a diferenciar, según el autor, entre las «**Intervenciones profesionales por demanda o por presencia**». La intervención por demanda es muy similar a una típica intervención psiquiátrica. El profesional aguarda en el lugar que le designan y recibe al damnificado que acudirá a él en forma

espontánea o derivado por otro profesional. Este modo de intervención no responde a las exigencias de la realidad tal como ésta se plantea en los desastres. La intervención por presencia se caracteriza porque los profesionales están disponibles y en contacto directo con todas o la gran mayoría de las personas involucradas en la catástrofe. Esta modalidad es importantísima ya que, los damnificados tienen dificultades para advertir su condición de tales. Generalmente, no conviene esperar la demanda espontánea. El objetivo principal de este modo de intervención es realizar el diagnóstico precoz o la intervención oportuna y la prevención de secuelas, como se hace en los programas promocionales y preventivos. Es decir, que trata de evitar el desarrollo de trastornos psíquicos por falta de posibilidad o capacidad de afrontar el evento disruptivo en forma adecuada. En este tipo de intervenciones, el profesional desarrolla una función mediatizadora para que el damnificado pueda articular en su psiquismo lo sucedido, utilizando sus capacidades psíquicas idiosincráticas (Benyakar, 2003b). La intervención por presencia es especialmente valiosa en situaciones en las que se prevé que puede haber personas que requieran asistencia y que, por diferentes razones -falta de percepción de la necesidad o limitaciones de orden objetivo, como la dificultad para el acceso-, no puedan demandar la atención que necesitan.

Los profesionales de salud mental deben integrarse a los equipos de atención de desastres en sus diferentes niveles, tanto el inmediato, como el agudo y el crónico.

5.3 Intervención Psicológica después de desastres

Cohen y Ahearn (1989) resaltan que todo plan de organización de los servicios de atención en desastres debe tener en cuenta que el primer contacto de los profesionales de salud mental se da, en general, con poblaciones alojadas en refugios de emergencia. Esto determina que, un primer objetivo importante de la intervención, sea el **uso adecuado de técnicas** que restauren la capacidad de los damnificados para resolver las situaciones estresantes en que se encuentran y que los ayuden a reordenar y organizar su mundo mediante la interacción social. Un segundo objetivo es, la **colaboración continua y activa** con otros grupos u organismos que brindan atención y apoyo a los damnificados en particular y a la población en general.

El programa debe basarse en el conocimiento de que, a fin de resolver la crisis, los trabajadores de salud mental deben tener claras algunas **pautas**:

- 1- Como miembro de un equipo que participa en la resolución rápida y eficaz de los problemas humanos que surgen, los esfuerzos del personal de salud mental deben dirigirse a cumplir funciones útiles para los damnificados y demás personal asistencial, cualesquiera sean estas funciones. A esto deben sumar una actitud sensible ante los acontecimientos trágicos que acompañan al desastre.
- 2- Las técnicas disponibles para que el profesional ayude en la resolución de crisis son diversas y pueden agruparse bajo el encabezado de «técnicas de auxilio al yo». Estas técnicas van dirigidas a la restauración del funcionamiento del yo.
- 3- En los procedimientos empleados para lograr los objetivos de la intervención, los profesionales de salud mental deben tener en cuenta la situación concreta del damnificado, los signos y síntomas psicofisiológicos que presenta y los recursos de que disponen para ayudar a los individuos.
- 4- La intervención terapéutica en crisis abarca todas las actividades con contenido psicológico que el profesional realiza para aliviar la aflicción y modificar la conducta del paciente.

Estos autores agregan que *la intervención terapéutica debe considerar*:

- a) **Factores de riesgo**: entre ellos se encuentran, la madurez o inmadurez en la personalidad del paciente; el estrés relacionado con funciones o expectativas sociales de conducta, según lo juzgan los damnificados mismos y otros que conviven con ellos; el estrés ambiental persistente en los entornos físico y social, y la crisis que han vivido los damnificados antes o después del desastre.
- b) **Ambiente social**: el entorno social donde se reubica a los damnificados es una variable importante que afecta la decisión relativa al tipo de intervención psicológica. Debe dilucidarse, pues, cuál es el tipo de intervención adecuada para ese ambiente específico y de qué recursos profesionales se dispone.
- c) **Recursos médicos y clínicos**: Se deben tener en cuenta los recursos médicos y clínicos disponibles para efectuar el diagnóstico de los trastornos que ponen en riesgo considerable a la vida y que requieren la intervención del personal médico.

La **escuela israelí**, por las características de las situaciones disruptivas que tuvo que enfrentar, sobre todo guerras y atentados terroristas, aportó la adaptación del viejo principio de T. W. Salmon ya propuesto en la Primera Guerra Mundial, que postula los tres elementos básicos que participan en el tratamiento de los damnificados: **Inmediatez** (asistencia inmediata), **Proximidad** (lo más cerca posible) y **Expectativa** (de retorno a la actividad anterior).

Otro aporte interesante para la formulación de un programa de intervención en catástrofes es el que realizó la **escuela francesa** al proponer, por un lado, el tratamiento de las reacciones individuales, y por el otro, disminuir y aplacar las reacciones colectivas nocivas (Benyakar, 2003a).

Según el autor, el tratamiento de las reacciones individuales recae en los primeros momentos sobre el equipo de salvataje, y por ello sus miembros deben conocer los principales tipos de reacciones: psicóticas, neuróticas o hiperemotivas, y las conductas asociadas a cada una de ellas, los componentes psicológicos asociados a los fenómenos somáticos y saber acerca de la importancia de que los damnificados expresen verbalmente sus sentimientos y necesidades. Debe asegurarse la disponibilidad del tratamiento psicológico tanto en el lugar del evento, como en el puesto de seguridad o lugar de evacuación, de la misma manera que se asegura el tratamiento somático.

En cuanto al manejo de las reacciones colectivas, según el autor, el aporte francés advierte acerca de la gran dificultad que entraña. Sólo excepcionalmente resulta posible reducir un pánico colectivo o un éxodo masivo. Sin embargo, en la mayoría de los casos, estas conductas se estabilizan en función de factores externos o decisiones políticas. Por ejemplo, la llegada precoz de los organismos de seguridad puede hacer volver la lucidez a una población que está reaccionando con conmoción, inhibición y estupor.

La intervención del equipo de salud mental dirigida a la población en forma colectiva, debe realizarse por medio de los organismos oficiales responsables de cada una de las áreas, y no en forma aislada por el equipo de salud mental. La función de los servicios de salud mental en cuanto al pánico colectivo será la de instruir y asesorar a los medios de comunicación, elaborando junto a ellos la forma de transmitir los contenidos. La función de este equipo dentro de los estratos operativos, es la de calmar tensiones en el momento de la toma de decisiones e incluir el factor humano cuando se abordan cuestiones operativas que aparentemente tiene sólo características técnicas. En general, no se tiende a incluir en dichos marcos al equipo de salud mental para enfrentar este tipo de situaciones. La iniciativa de inclusión debe provenir del mismo equipo de salud mental, siendo suficientemente cautelosos de cuidar su especificidad en la acción, como así también de no convertirse en un factor que obstaculice y coarte la agilidad en la toma de decisiones.

5.3.1 Los tipos de intervención según las fases después del desastre

Cohen y Ahearn (1989) proponen adecuar la intervención a las tres fases que identifican en el desarrollo de un desastre.

Primera Fase: abarca las primeras horas y días después del desastre. La urgencia requiere que se realicen operaciones de «selección» en desastres. Se trata de procedimientos que evalúan conductas, calibran el grado y el nivel de crisis, y canalizan la información obtenida a quienes la necesitan para operar. Esto permite organizar la ayuda de modo de aliviar la situación y las reacciones psicofisiológicas inmediatas de los damnificados. En esta etapa, los damnificados suelen sufrir una desorganización transitoria cognitiva y emocional por lo que el objetivo terapéutico debe incorporar ambos fenómenos. Asimismo, no se debe intentar modificar la conducta defensiva puesto que funciona como una especie de cicatriz psicológica inicial que ayuda a que se conserve el funcionamiento de la personalidad durante la fase aguda.

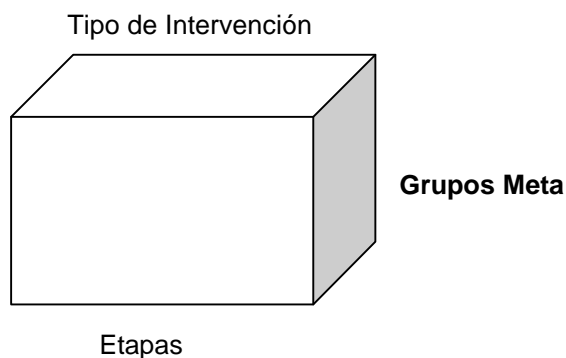
Segunda Fase: abarca las primeras dos semanas. Es la etapa en la que los damnificados pasan de los refugios de emergencia a viviendas temporarias o regresan a sus hogares. La crisis toma otras dimensiones y generalmente comienza un proceso de duelo. En esta etapa comienza la detección activa de las personas que requieren asistencia, que los profesionales realizan en los sitios donde están alojados los evacuados. Allí las identifican, traban relación con ellas y evalúan sus problemas. Si no se detectan necesidades de asistencia, el personal se ocupa de informar a la población acerca de la existencia de un número telefónico o dirección a la cual recurrir en caso de necesidad. La ayuda en las áreas cognitiva, emocional y de conducta para la resolución de la crisis es una de las intervenciones terapéuticas más difíciles. El éxito se manifiesta por la disminución de la tensión, la restauración de la organización cognitiva, el logro del control emocional relativo, el uso espontáneo de interacciones sociales apropiadas y la capacidad para obtener los recursos necesarios para restaurar la vida normal.

Tercera Fase: abarca los primeros meses. Conforme se desarrollan las actividades finales de recuperación, llegan a la atención de los trabajadores de salud mental casos con trastornos muy diversos. Estos casos presentan necesidades diferentes en las áreas de vulnerabilidad y descompensación del yo. Los autores advierten que la frustración es una emoción que se transmite con facilidad y afecta a los damnificados y a quienes los auxilian. Por eso es necesario alertar a los trabajadores acerca del síndrome de agotamiento que se manifiesta a través de fatiga, irritabilidad, impaciencia, sentimientos ambivalentes y sensación de estar abrumados, y proveer un sistema de apoyo a los profesionales que incluya el cambio de horarios o incluso de actividades para evitar el burn out.

5.3.2 Modelo de Intervención en Desastres Masivos de J. Inbar

Según Inbar (1995), la integración de distintos paradigmas como el cognitivo-conductual y el sistémico, fundamentada en experiencias de catástrofes masivas como las ocurridas en Israel, Colombia y México, puede ser útil al profesional de salud mental para descubrir y adoptar aquellos elementos que contribuyan en su tarea asistencial psicoterapéutica.

El modelo preventivo, psicoeducativo y de intervención adoptado por el autor en emergencias, crisis masivas o catástrofes comunitarias podría ser ilustrado por medio de un cubo en cuya base estarían identificadas las distintas etapas cronológicas.



Etapas:

Pre-advertencia: etapa en la cual no se tiene información concreta sobre la posibilidad de la ocurrencia del evento, pero pueden diseñarse programas psicoeducativos, de seguridad, etc.

Advertencia: etapa en la cual se tiene información, por lo general válida y confiable, sobre la probabilidad de la ocurrencia del evento. Si se habla de un desastre natural, como un tornado en Florida, esta etapa es fundamental para la concientización y preparación concreta de la población. En el caso de actos de terrorismo, a pesar de las limitaciones comprensibles en cuanto a la previsión, los servicios de seguridad e inteligencia de los distintos países han demostrado que son capaces de recopilar e intercambiar información para hacer fracasar el atentado o disminuir el daño a producirse cuando no ha existido el tiempo o los datos suficientes para un accionar más efectivo.

Impacto: etapa en la cual se produce el evento (explosión, terremoto, etc.). Es el momento de aplicar todos los programas practicados durante años. Las fuerzas de seguridad, de asistencia, de apoyo, educativas y comunitarias, de acuerdo a su rol (definido, aceptado y practicado), implementan e instrumentan sus conocimientos, capacidades, planes, etc.

Post- Impacto: etapa en la cual las distintas instituciones (comunitarias, educativas, sanitarias, de seguridad, etc.) implementan programas de rehabilitación, recuperación, afrontamiento, educación y terapéuticos. Pero, también planes preventivos para evitar la posible ocurrencia de otro evento, pues existe conciencia, legitimidad, sensibilidad, motivación y predisposición por parte de los que toman decisiones, de los dirigentes comunitarios, de los padres, etc.

Continuando con la ilustración del modelo, en el eje vertical del cubo se describe los distintos grupos meta hacia los cuales van dirigidos los diversos programas en las diferentes etapas mencionadas anteriormente.

Grupos meta

Individuo: se identifican individuos afectados en forma directa (heridos, sobrevivientes, deudos, integrantes del equipo de rescate, colaboradores en la identificación de cadáveres) e indirecta (aquellos a los cuales el evento puede hacer revivir experiencias pasadas, sobrevivientes de un desastre natural anterior, y diferenciando, aquellos individuos que vivieron experiencias indescriptibles durante el Holocausto).

Familia: afectados directos o indirectos, o entendida como población meta si se habla de programas psicoeducativos.

Comunidad: aquella afectada directamente, pero también, en cuanto a lo preventivo y educativo, todas aquellas comunidades en las cuales pueden producirse eventos similares.

Organizaciones: instituciones comunitarias, colegios, clubes, instituciones de emergencia, de seguridad, de salud, etc.

El otro eje del cubo del modelo, hace referencia a la amplia gama de intervenciones posibles. Así, se puede imaginar decenas de pequeños cubos describiendo intervenciones específicas para grupos meta identificados con claridad en una etapa determinada. Por ejemplo, en la etapa de pre-advertencia, trabajando con organizaciones tales como un colegio, pueden ser diseñados e implementados programas psicoeducativos para desarrollar las capacidades y habilidades de afrontamiento del alumnado y del equipo docente y administrativo.

El autor aclara que sin desconocer la gran importancia de las intervenciones de las etapas preliminares, se centrará en el desarrollo de la intervención en la etapa de post- impacto.

5.3.2.1 Intervenciones en la etapa de post-impacto

Inbar considera ciertos **principios rectores de la intervención** en situaciones de crisis, que son aceptados y aplicados por aquellos que han acumulado experiencias en el tratamiento de reacciones de estrés agudo en distintas áreas: militar, desastres naturales, etc.

La fundamentación de estos principios se sustenta empíricamente en investigaciones de aceptada rigurosidad científica. La aplicación de los mismos disminuye la probabilidad de desarrollo de la sensación de culpabilidad, de la autodefinición de incompetente, de la estigmatización, e incrementa la probabilidad de una recuperación rápida y efectiva.

- **Proximidad:** lo más cercano, desde el punto de vista físico, al lugar del evento. Por lo tanto, de acuerdo a este principio, la mayoría de las intervenciones deben ser aplicadas en el lugar físico más cercano al área donde ocurrió el evento.
- **Inmediatez:** la aplicación de este principio, según el autor, lleva a realizar intervenciones lo más pronto posible. Con aquellas personas afectadas directamente, heridos, sobrevivientes y con aquellos que participaron activamente a partir del impacto, pueden aplicarse distintos modelos o formas de *Indagación Psicológica* (Debriefing). La Indagación Psicológica, según Inbar, como intervención psicoterapéutica, es utilizada en distintas ocasiones. En primer lugar, de manera inmediata al evento tal como fue expuesto anteriormente; en una segunda oportunidad, luego de dos o tres meses para tratar de identificar ciertos pensamientos, actitudes o reacciones disfuncionales que no aparecieron en la primera intervención; por último, luego de un año son utilizadas como seguimiento o evaluación de tratamientos aplicados o para tratar de descubrir la permanencia de sintomatología, especialmente de desórdenes de estrés post-traumático.
- **Expectación:** este principio hace referencia a la importancia del desarrollo e inducción de una nueva expectativa de retornar lo más rápidamente posible al rol o función anterior al evento. Este principio es expresado por el terapeuta verbal y conductualmente. Los afectados son estimulados a regresar a sus actividades anteriores, a la rutina cotidiana, y a fomentar el desarrollo de un constructo psicológico que diversos especialistas en desastres masivos denominan «*expectativa esperanzada*» (hopefulness).

Según Inbar, todo lo anteriormente mencionado, conduce a un **nuevo principio rector**, fundamental y vital, que dirige todo tipo de intervención en situaciones de crisis, emergencias y desastres masivos: **El principio de construcción, desarrollo y mantenimiento de la continuidad cognitiva, emocional y conductual** de los involucrados y afectados por el evento.

Concretamente, el asesor, el terapeuta o el agente de salud mental estimula la creación, reforzamiento y la conservación de aquellos pensamientos, creencias, actitudes, predicciones, atribuciones, explicaciones (área cognitiva); afectos y sentimientos (área emocional) y comportamientos, roles, tareas (área conductual) que han sido funcionales o adaptativos antes del evento. El regreso inmediato a la institución objeto de terrorismo, la involucración activa en tareas de rescate (por ejemplo, levantando escombros), la participación en actividades determinadas (recolección de libros de la biblioteca destruida, apoyo a otros afectados), o cualquier tipo de actividad que permita el desarrollo o mantenimiento de la autoeficacia percibida, la autoimagen y la sensación de control conductual y cognitivo que, es posible suponer, han sido dañadas significativamente.

5.3.2.2 Estrategias de extensión social y comunitaria (Reaching out)

Inbar plantea que, el concepto de «*reaching out*» corresponde a una estrategia social y comunitaria dirigida a identificar y acercar asesoramiento o asistencia psicológica a aquellos que pudieron ser influidos por el evento y podrían necesitar apoyo. Entre los principios rectores del abordaje en crisis, el **principio de la pro-actividad** enfatiza la importancia de acercarse diligente y eficazmente a aquellos afectados directos o indirectos en vez de esperar que ellos se presenten espontáneamente y pidan ayuda.

En el caso del atentado en la AMIA fueron identificados afectados en distintos círculos de influencia: heridos, deudos, compañeros de trabajo o estudio. En los seminarios realizados con posterioridad, en los cuales el autor participó activamente, se identificó rápidamente grupos meta que no fueron definidos anteriormente como relevantes. Por ejemplo, sobrevivientes del Holocausto a los cuales la destrucción completa del edificio de la comunidad revivió en ellos vivencias significativas.

Algo semejante ocurrió con algunos combatientes de la Guerra de Malvinas. Un terapeuta, supervisado por el autor, realizó una serie de intervenciones que fueron útiles para contener, apoyar y permitir ciertos cambios cognitivos y emocionales entre aquellos ex-combatientes que revivieron (como consecuencia del atentado) situaciones altamente estresantes y ansiógenas experimentadas en los combates de 1982.

En algunos casos, cuando por distintos motivos (prioridad, concientización, recursos disponibles) no pudo implementarse oportunamente el reaching out con grupos meta secundarios, puede ser efectivo comenzar inclusive varios meses después del impacto y dirigirlo hacia afectados o sobrevivientes anterior-

mente no identificados (empleados en los negocios de los alrededores, heridos o no, deudos, integrantes del equipo de rescate, etc.). La experiencia con jóvenes que participaron en actividades de rescate y con integrantes del equipo de salvataje argentino corrobora la relevancia de este acercamiento.

Para que el proceso de out-reach sea efectivo se requiere:

- 1- La identificación de la población afectada, en el sentido más amplio del concepto.
- 2- Proveer comunicación e información pertinente sobre la existencia y accesibilidad de los recursos de salud mental disponible, no sólo a través de los medios de comunicación, sino también por medio de agentes comunitarios y de salud (sacerdotes, rabinos, abogados, maestros, trabajadores sociales, etc.). Esto requiere un acercamiento estratégico y medios de «reclutamiento comunitario», supervisión, reforzamiento e involucración efectiva.
- 3- Desarrollar metodologías para aumentar la predisposición y motivación de los sobrevivientes y afectados para comenzar o continuar el proceso de rehabilitación.
- 4- La identificación de «individuos-caso» dentro de la comunidad, como por ejemplo el «héroe» que no reconoce o acepta sus emociones como legítimas o normativas, jugando ciertos roles primero reforzados por el entorno social y luego estigmatizados, hecho que dificulta su recuperación o tratamiento.

La adopción e implementación del modelo expuesto, tiene también objetivos preventivos. Según el autor, es preciso recordar que algunos individuos no presentan síntomas o manifestaciones «anormales» a corto plazo, en la etapa inmediata al impacto; por lo tanto, teniendo en cuenta esta posibilidad, es conveniente aplicar el reaching out tratando de identificar a los afectados potenciales de acuerdo a lo descrito anteriormente.

Factores que influyen en las actividades de «reaching out»

- a) **El entorno de recuperación post-evento:** una comunidad que legítima el aprovechamiento de los recursos profesionales de salud mental, el asesoramiento e inclusive la terapia, facilita el «reaching out», evitando la estigmatización posible, la rotulación social de «necesitado» o «incompetente».
- b) En relación con lo anterior, cobran importancia las **actitudes culturales hacia la salud mental**, teniendo en cuenta en qué medida las creencias, normas, expectativas y convicciones de los afectados, familiares y, especialmente, los mensajes de los líderes comunitarios y religiosos estimulan u obstaculizan la utilización efectiva de los servicios psicoeducativo y de salud.
- c) **La probabilidad de repetición del evento.** Este factor es de fundamental relevancia en tanto las declaraciones de funcionarios de las fuerzas de seguridad, las medidas de prevención (como ser los obstáculos de cemento frente a edificios claves que pueden disminuir de manera significativa los efectos destructivos de otro ataque), o la relativa impunidad de los atacantes o colaboradores del atentado, pueden reactivar o mantener el trauma.

Las estrategias de reaching out deben tener continuidad (por lo menos 18 meses), accesibilidad (esto es, que la gente pueda alcanzar y utilizar los servicios de salud mental fácilmente), evitar la estigmatización (culpando, entre otras, a la víctima por su victimización), deben adaptarse al lenguaje e idiosincrasia de los distintos tipos meta, deben suscitar credibilidad y escoger con el «timing» adecuado la circunstancia correcta, cuando los afectados lo requieran, especialmente cuando éstos puedan contactarse con sus cogniciones, emociones y conductas disfuncionales o desadaptativas, permitiendo de este modo el cambio, el aprendizaje o el proceso terapéutico.

Aquellos que tienen experiencia en desastres masivos son conscientes de que en ciertas fases de post-impacto, cuando los afectados directos o indirectos vivencian emociones intensas (shock entre los sobrevivientes, rencor-ira-resentimiento entre los familiares, euforia entre los integrantes del equipo de salvataje) la ayuda psicológica es limitada en su alcance y se focaliza en la contención, apoyo, ventilación y abreacción. Sólo transcurrido un cierto lapso, cuando las emociones mencionadas dan lugar a otras, como la depresión y la ansiedad, la ayuda psicológica es realmente considerada y potencialmente efectiva. Y esto ocurre precisamente cuando los servicios de reaching out y psicoterapéuticos tienden a replegarse debido a la restricción de recursos, no sólo presupuestarios sino también políticos, motivacionales o conceptuales. Algo semejante ocurre con la ayuda internacional, la cual se repliega, disminuye o desaparece totalmente luego de haber conseguido sus objetivos.

5.3.3 Principios de intervención en catástrofes: El modelo de las nueve «W» en la intervención en catástrofes de Mordechai Benyakar.

Intervenir en forma organizada en situaciones de catástrofe con el fin de paliar consecuencias, evitar males mayores y ayudar a la recuperación de los damnificados, exige atender a las complejidades específicas que presentan los distintos tipos de desastres (Schulberg, 1974).

Según el autor, estos nueve principios esenciales y fundamentalmente pragmáticos, ayudan a organizar

e instrumentar las respuestas a quienes deben darlas. Se denominan «9 W» dado que en un principio fueron postulados en inglés y la palabra que identifica a cada uno de los principios comienza con dicha letra.

1. Warning (prevención)
2. Why (porqué)
3. What (qué)
4. Who (quién)
5. Whom (a quién)
6. When (cuando)
7. Where (dónde)
8. Ways (formas)
9. Wholeness (totalidad)

Warning (prevención)

Según el autor, uno de los temas que despierta gran interés entre los profesionales de salud mental es si es posible preparar a las poblaciones para que puedan enfrentar la eventualidad mejor equipadas psicológicamente. Existen varias técnicas y programas de prevención, ya probados, para enfrentar desastres y catástrofes de las consideradas «naturales». Es más sencillo preparar a la población para enfrentar desastres de orden natural ya que las situaciones de violencia provocadas por los seres humanos ofrecen al psiquismo una mayor dificultad.

Benyakar desarrolló el concepto de «*inmunidad psíquica*» -como recurso esencial de la prevención- a partir de estas observaciones y de un análisis dirigido a imaginar formas de prevención. Para ello se basó en el modelo de inmunidad orgánica y planteó, que así como el modo de desarrollar defensas adecuadas es exponer al organismo al factor patógeno en dosis y tiempos controlados, lo mismo podía ocurrir en el nivel psicológico.

El proceso de adquisición de la «inmunidad psíquica» contaría con tres pasos esenciales, a saber:

Reconocer el factor externo amenazante en todas sus características.

Reconocer las capacidades psíquicas que cada individuo tiene para enfrentar situaciones amenazantes, activarlas y aprender a usarlas.

Tomar medidas de precaución objetivas necesarias para el caso de que pase lo que se quiere que no pase.

Why (porqué)

El autor explica que la intervención de los profesionales de salud mental es necesaria porque las situaciones disruptivas, como lo es una catástrofe, pueden irrumpir en el psiquismo provocando una vivencia traumática u otro tipo de patología. Por ello, sus acciones tienden a restablecer los procesamientos psíquicos adecuados antes de que se transformen en patológicos y a ayudar a que la irrupción del mundo externo en el interno tenga un efecto menos disruptivo. Pero, no es función del profesional de la salud mental evitar que el dolor sea vivido como tal. Es así, que intervienen como representantes del mundo externo siendo capaces de reinstaurar funciones mediatizadoras, de contención y holding.

What (qué)

Según el autor, el foco esencial es tratar la capacidad de procesamiento psíquico cuando este corre riesgo de ser desvirtuado o ya lo ha sido. Es decir, que se intentará lograr que se despliegue la subjetividad y la capacidad de elaborar de los damnificados o de las personas involucradas en la situación disruptiva. Habitualmente se cree que la función de los profesionales de salud mental es hacer que los damnificados hablen, relaten lo sucedido. De hecho, establecer un diálogo catártico con una persona receptiva es de suma importancia. Pero, la intervención debe tener mayor precisión en sus objetivos y se debe entender para qué sirve ese diálogo y qué forma ha de tener. Por tanto, el diálogo útil adquiere especificidad según el momento y el lugar en los que se opere la intervención y acorde con las características culturales de cada población.

Who (quién)

¿Quiénes pueden hacerse cargo de la salud mental en situaciones de catástrofe? Las actividades relacionadas con la salud mental, en situaciones de catástrofe, pueden y deben ser asumidas por todas las personas implicadas. Las funciones mediatizadoras, de contención y holding las pueden cumplir desde un psiquiatra muy entrenado hasta el párroco, la maestra, un vecino. Desde esta perspectiva el autor afirma que las intervenciones que se han dado en llamar «primarias» o de «campo», que dependen de que las

personas involucradas en esas situaciones tengan la sensibilidad y capacidad tanto para detectar en qué medida los damnificados necesitan ayuda como cuándo y en qué casos pedir auxilio para otros, son de vital importancia. Sin embargo, hace falta alguien experto y calificado para armar una estructura y organizar la atención, pensando en utilizar a la comunidad toda como recurso. Esto implica contar con profesionales capaces de transmitir a los diferentes miembros de la colectividad todo lo que necesitan saber para cumplir tales funciones.

Whom (cuál)

¿Cuál es la población que debe ser atendida? Según el autor, en los momentos de catástrofe, y en general, se suele pensar que los que más necesitan ayuda son aquellos que manifiestan sus necesidades y demandas con gran espectacularidad. Pero, esto no es así. Es preciso contar con una especial sensibilidad para percibir dónde están los focos de población que necesita ser atendida. Hay mucha gente cuya reacción consiste en mantenerse en silencio, apartada. Y otras personas a las que, aparentemente, «no les pasó nada», o sea, no sufrieron un daño directo sino indirecto o fueron meros testigos. Por todo ello, es importante tener en cuenta dos cosas: Por un lado, las características propias de los distintos grupos de población que habrían de requerir atención: niños, ancianos, mujeres embarazadas, discapacitados, etc... Y por el otro, detectar a los grupos de mayor riesgo en términos de su capacidad para enfrentar la amenaza psíquica. Es decir, aquellas personas que no recibieron jamás una preparación que les permitiera saber cómo reaccionar en situaciones disruptivas.

When (cuando)

El autor explica que muchas de las catástrofes se anuncian; otras pueden ser anticipadas y, sin embargo, no ocurrir y otras, las menos, son absolutamente impredecibles. Pero, a pesar de estas diferencias, en todos los casos es posible preparar a la población y organizar los recursos que será necesario movilizar durante el impacto y en lo inmediato y lo mediato. Desde el punto de vista de la intervención, estas etapas, reclaman diferentes programas de acción, cada uno con su coherencia y adecuación propia, y al mismo tiempo, organizadas en un encadenamiento que también exige coherencia.

Where (dónde)

En opinión del autor, los servicios de salud mental deben tener la suficiente flexibilidad para instalarse en los distintos lugares donde sea necesaria su presencia. En este aspecto, la idea de consultorio no tiene ningún sentido: se puede atender bajo un árbol o en un rincón cualquiera. «Dónde» -explica el autor- significa cualquier lugar que, tras ser transformado, sirva como un contexto adecuado para desarrollar la función terapéutica. Esta transformación se logra otorgando al sitio otra significación o reforzando la que tienen los elementos que ya están (la copa del árbol como refugio, el tronco como elemento de privacidad).

Ways (formas)

Los abordajes terapéuticos pueden efectuarse en el nivel individual, familiar o con el grupo de pertenencia. Cada profesional debe tomar lo esencial del marco teórico que alimenta su práctica y adecuarla a las circunstancias en las que le toca intervenir. Es decir, que en situaciones de catástrofe los profesionales deben abandonar posturas rígidas, dogmáticas. Pero, no sus marcos teóricos incorporados que permiten orientar la acción en los momentos en que mas necesarios son. El desafío es permanecer lo suficientemente flexibles como para seguir siendo psicoanalista o cognitivista aún cuando el encuadre sea diferente de lo estipulado por la teoría o la técnica.

Wholeness (totalidad)

Con totalidad -señala el autor- se pretende indicar un modo de considerar la problemática que implica tener en cuenta la mayor cantidad de aspectos atinentes a la situación y considerar las interacciones entre tales aspectos. Desde esta visión se debe abordar la situación, a fin de que las intervenciones que se planifiquen den a la atención un carácter integral.

El autor, a partir de su vasta experiencia, refiere que en el campo de batalla hace falta definir estrategias, desarrollar técnicas, convertir en recurso lo que nunca fue recurso en función de las condiciones en las que se opera. O sea, que muchas veces esto significa tener que abandonar los encuadres a los que se adhiere habitualmente en la atención hospitalaria o en consultorios privados, pero no los postulados teóricos esenciales. No hay marcos teóricos propios de las situaciones de catástrofe y el verdadero reto consiste en echar mano de los que ya se tiene y ahondar en ellos hasta que permitan sostener los modos de operar (Benyakar, Dasberg y Plotkin, 1982).

5.3.4 Los Modelos de Intervención en crisis

Slaikeu (1995) refiere que la intervención en crisis empezó a ser estudiada sistemáticamente a partir de un gran incendio acontecido en 1942 donde murieron casi 500 personas, en EEUU. Desde entonces, la intervención en crisis se consideró imprescindible en cualquier sistema comunitario completo de salud mental.

La teoría de la crisis así elaborada recibió cuatro influencias teóricas: 1) la teoría de Darwin de la lucha por la supervivencia, para la cual el ser vivo tiene mecanismos adaptativos para sobrevivir, 2) las teorías de autores como Rogers y Maslow sobre la autorrealización y crecimiento del hombre, 3) la teoría de Erickson de las etapas de la vida, donde en cada una hay una crisis para resolver, y 4) datos empíricos de observaciones en personas que atravesaron crisis importantes: desastres, enfermedades, muertes familiares, etc.

Para el autor, la **intervención en crisis** se define como un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar sus efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida, más opciones vitales) se incremente.

Este proceso abarca **dos fases**:

1. **Intervención de primer orden**, o primera ayuda psicológica. Puede durar de minutos a horas y puede ser proporcionada por gran número de asistentes comunitarios.
2. **Intervención de segundo orden**, que es el principio primordial de la terapia en crisis. puede durar semanas o meses, y es proporcionada por terapeutas y consejeros con conocimiento de técnicas de evaluación y tratamiento.

La intervención en crisis puede entenderse como una estrategia de prevención primaria, de prevención secundaria o de prevención terciaria.

1. **Prevención primaria**: intervenciones antes que las crisis ocurran, y las estrategias son por ejemplo la educación pública, la instrucción para desenvolverse lo mejor posible en situaciones críticas, etc.
2. **Prevención secundaria**: la intervención ocurre inmediatamente después de la crisis, y sus dos estrategias básicas son la primera ayuda psicológica, y luego la terapia en crisis.
3. **Prevención terciaria**: dura años después del suceso crítico. Psicoterapia a largo plazo, reentrenamiento, medicación, rehabilitación, etc.

Según el autor, un modelo de intervención amplio debe considerar cuatro principios clínicos: la duración, los objetivos, la evaluación y la persona que ayudará en la crisis.

La *duración* depende del tiempo que necesite la persona para recobrar su equilibrio. En general, oscila entre una y seis semanas.

En cuanto a los *objetivos*, algunos dicen que la intervención debe tener como meta ayudar a la persona a restablecer su equilibrio, y otros dicen que en realidad la persona no vuelve a un equilibrio anterior sino a un nuevo equilibrio, por lo tanto aquí la meta es ayudar al individuo en su aprendizaje de nuevas formas de resolver problemas.

La *evaluación* implica hacer un examen de las capacidades y deficiencias de la persona en crisis, y de la familia y del entorno social y laboral donde vive.

En cuanto al *profesional* que ayuda, éste debe ser más activo, directivo y orientado hacia las metas vistas anteriormente que cuando opera en situaciones de no crisis.

La duración, los objetivos, la evaluación y las estrategias de intervención variarán si se trata de intervenciones de primer orden o de segundo orden.

Así, en cuanto a la duración, esta será de minutos a horas en intervenciones de primer orden, y de semanas a meses en intervenciones de segundo orden.

¿Quiénes atienden en las crisis? En el primer orden padres, policía, clero, abogados, médicos, enfermeras, asistentes sociales, maestros, etc. En el segundo orden psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, asesores pastorales o escolares, enfermeras psiquiátricas, etc.

¿Dónde? En el primer orden en ambientes comunitarios como casa, escuela, trabajo, líneas telefónicas de urgencia, etc, y en el segundo orden clínicas, instituciones, iglesias, etc.

¿Objetivos? En el primer orden es el restablecimiento inmediato: dar apoyo, reducir la mortalidad, vincular a recursos de ayuda, etc. En el segundo orden el objetivo es la resolución de la crisis: enfrentar el suceso crítico, integrar el suceso a la estructura de vida, establecer sinceridad y decisión para enfrentar el futuro, etc.

¿Procedimiento? En el primer orden, la estrategia pasa por los cinco componentes de la primera ayuda psicológica, y en el segundo orden, aplicar la terapia multimodal.

Intervención de Primer Orden: Primera Ayuda Psicológica

El autor postula cinco componentes básicos, que son:

- 1) **Hacer contacto psicológico:** hacer sentir al paciente que es escuchado, comprendido, aceptado y apoyado. Comunicar interés, simpatía, invitar a dialogar, resumir y reflejar hechos y sentimientos.
- 2) **Examinar las dimensiones del problema:** centrarse en el pasado, presente y futuro inmediatos a la crisis. En el pasado ver el suceso precipitante, así como la fuerza y debilidad en las áreas conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognitiva en la pre-crisis. En cuanto al presente, también indagar como estaban en el momento de la crisis las cinco áreas, los recursos personales (internos) y sociales (externos), y la mortalidad. En el futuro inmediato considerar las decisiones inminentes que se tomarán (qué se hará esta noche, este fin de semana, próximos días o semanas, etc).
- 3) **Examinar las soluciones posibles:** El objetivo aquí es identificar una o más soluciones o necesidades inmediatas y posteriores. Los medios son preguntar al paciente lo que ha intentado hasta ahora; explorar lo que puede o pudo hacer ahora; proponer otras alternativas: nueva conducta del paciente, redefinición del problema, ayuda externa, cambio ambiental.
- 4) **Ayudar a tomar una acción concreta:** el objetivo es implementar soluciones inmediatas intentadas al encontrar necesidades inmediatas. Si la mortalidad (peligro de morir) es baja y el paciente es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces aquí se lo estimulará a actuar, se lo instará a dialogar y se lo aconsejará. Es decir, se toma una actitud facilitadora. En cambio se toma una actitud directiva para controlar la situación cuando hay mortalidad alta y la persona no es capaz de actuar en su propio beneficio (un intento de suicidio, por ejemplo).
- 5) **Seguimiento:** El objetivo aquí es registrar la evolución posterior del paciente. Hay que asegurarse aquí que seguirá con el apoyo recibido, que la mortalidad se mantendrá baja, y que hay un enlace con recursos consumados, o sea puede seguir aplicando las soluciones ensayadas antes. El seguimiento concluye cuando el profesional puede asegurarse que el paciente hizo un enlace con necesidades posteriores.

Intervención de Segundo Orden: Terapia Multimodal en Crisis

La terapia en crisis intenta ayudar al paciente a enfrentar el suceso de crisis de modo que pueda llegar a integrarla funcionalmente dentro de su estructura de vida, dejando al paciente dispuesto para enfrentar el futuro.

Es una ayuda mucho más amplia que la primera ayuda psicológica (primer orden) y es tanto más eficaz si se aplica cuando coincide con el periodo de desorganización (seis o más semanas) de la crisis en sí misma. La intervención de segundo orden busca tomar al paciente desorganizado, para poder ayudarlo a reorganizarse hacia la salud y el crecimiento, no hacia una reorganización patológica.

En la terapia multimodal, según el autor, se deben considerar tres aspectos: la valoración, el tratamiento, y la evaluación de los componentes de la terapia en crisis.

Valoración: La valoración implica considerar el perfil de la personalidad del paciente, o sea, los cinco subsistemas o áreas de la persona: conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo.

Aspecto conductual: patrones de trabajo, juego, pasatiempos, ejercicios, hábitos alimentarios, conducta sexual, hábitos de sueño, uso de drogas, tendencias suicidas u homicidas, etc.

Aspecto afectivo: sentimientos sobre cualquiera de las conductas mencionadas anteriormente: ansiedad, cólera, alegría, depresión, y ver si los afectos son adecuados a las circunstancias de vida. Averiguar también si los sentimientos se expresan u ocultan.

Aspecto somático: funcionamiento físico general, salud. Tics, dolores de cabeza, malestares estomacales o de otro tipo, estado de relajamiento o tensión, sensibilidad de la visión, audición, tacto, etc.

Aspecto interpersonal: naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, dificultades y fortalezas en los vínculos. Cantidad y frecuencia del contacto con amigos y conocidos. Papel asumido con íntimos (dependiente o no, pasivo, líder, etc), estilo en la resolución de conflictos con los demás (asertivo, agresivo, introvertido), modo interpersonal básico (compatible, suspicaz, manipulador, sumiso, etc).

Aspecto cognoscitivo: sueños actuales diurnos o nocturnos, imágenes mentales del pasado o el futuro, propósitos en la vida y razones de su validez; creencias religiosas, filosofía de vida; delirios, alucinaciones, diálogo interno irracional, racionalizaciones, ideación paranoide, actitud general hacia la vida (positiva o negativa).

Estos cinco subsistemas están interrelacionados: cambios en uno de ellos puede producir cambios en los otros.

Deberá obtenerse información en cinco puntos importantes: acerca del suceso precipitante, sobre el problema presente, sobre el contexto en que ocurre la crisis, sobre el funcionamiento de la personalidad

considerando las cinco áreas en la pre-crisis (antes de la crisis), y el mismo funcionamiento pero durante la crisis.

Tratamiento: Aquí se encararán cuatro tareas básicas para la resolución de la crisis:

- 1) **supervivencia física:** buscar que los pacientes permanezcan vivos y físicamente tan bien como sea posible durante el periodo de estrés excesivo y desorganización personal.
- 2) **expresión de sentimientos relacionados con la crisis:** identificar y expresar los sentimientos relacionados con la crisis de una forma socialmente aceptable, ilustrar sobre la utilidad de expresar los sentimientos, etc.
- 3) **dominio cognoscitivo de la experiencia de crisis,** procurando que el paciente integre la crisis en sus sistemas de creencias, en su vida y objetivos para el futuro.
- 4) **adaptaciones conductuales y/o interpersonales para su vida futura.** Realizar cambios en los patrones diarios de trabajo, juego y de relaciones con los demás en función de la crisis padecida.

Evaluación de los resultados: En el seguimiento, sea después de algunas semanas de terapia multimodal, a seis meses o a un año o dos, será conveniente estimar como siguen funcionando algunas variables importantes. Ver como sigue funcionando en las cinco áreas (conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognitiva), pero procurando ver a la persona completa, como unidad a través de esos cinco sub-sistemas. Por ejemplo, en las áreas conductual e interpersonal, preguntarse si la persona está o no dispuesta a enfrentar el futuro, dotada y lista para trabajar, jugar y relacionarse con los otros.

Sánchez-Barranco et al. (1999), proponen un modelo psicológico de intervención en crisis, congruente con muchos conceptos mencionados por Slaikeu, y que trata de integrar una serie de ingredientes que provienen de distintas fuentes:

- Los hallazgos de Eric Lindemann sobre elaboración del duelo, que surgieron al principio de la década de los cuarenta tras su intervención con los supervivientes y las familias de los fallecidos en el incendio de la sala de fiestas de Coconut Grove de Boston.
- Los conceptos de crisis de Erik Erikson y de Gerald Caplan, que conllevan las ideas de que la crisis es necesaria e inevitable, poseyendo no sólo una faceta desajustante y desintegradora de la personalidad, sino también la posibilidad de un desarrollo constructivo de la misma, con la subsiguiente mejoría de la adaptación presente y futura.
- Algunas aportaciones de C. Rogers respecto del encuentro psicoterapéutico, particularmente las que se refieren a las condiciones del marco que tal relación necesita, así como las que derivan del papel que posee la catarsis como agente compensador.
- Ciertos conceptos del llamado psicoanálisis del yo, sobre todo aquellos que tocan al papel de los mecanismos de defensa que participan en la adaptación.
- Y, finalmente, determinados matices teórico-técnicos de las psicoterapias dinámicas breves profundas, subrayando el papel del foco y el trabajo directo con las resistencias.

Los autores postulan una definición de crisis psíquica, la cual concretan en base a ideas de Karl Slaikeu. Para ellos, **una crisis** puede entenderse como un trastorno agudo y pasajero de las habilidades cognitivas y emocionales de un individuo a la hora de afrontar una determinada situación vital, que encierra, sin embargo, posibilidades constructivas para resolverla si se logra potenciar las capacidades de adaptación subjetiva y objetiva.

Como *notas generales definitorias de la intervención en crisis* indican las siguientes: a) puede llevarse a cabo tanto cara a cara, como a través del teléfono, así como por profesionales de la psiquiatría y de la psicología clínica, e incluso de un personal ajeno a tales profesiones, que este adecuadamente entrenado. b) su objetivo no debe ser diagnóstico, ni sindrómico, sino ayudar a que el sujeto salga de la crisis en que se debate, después de lo cual podrá dirigirse hacia el nivel asistencial más oportuno. c) puede y debe utilizarse, cuando sea preciso y por indicación de los profesionales de la medicina, los fármacos oportunos (particularmente ansiolíticos y neurolépticos) para ayudar a controlar ciertos síntomas, como son los derivados de la angustia o de un estado psicótico agudo. d) las ayudas en crisis deben ofrecerse las 24 horas de todos los días del año a las personas que aquejen descompensaciones psíquicas de toda naturaleza y que se hayan desencadenado por cualquier motivo.

Un aspecto común de cualquier tipo de intervención en crisis es su brevedad, tanto en lo que respecta al número de encuentros como al tiempo dedicado a ellas. Otro aspecto que se puede considerar es, que la eficacia de la intervención es mayor cuanto más cercano haya sido el desajuste o la aparición de la crisis, y la situación pueda ser definida como una crisis y no como un trastorno organizado y estructurado. Y en tercer lugar, los autores aclaran que, el objetivo principal de una intervención en crisis es restablecer la posibilidad de afrontar los hechos inmediatos que presuntamente han suscitado la crisis.

En este punto, según los autores, es preciso recordar que la meta primordial del que trata de ayudar en una crisis personal de otro es lograr que éste la aborde desde sí mismo y de alguna forma constructiva, apoyando la catarsis y la participación de los mecanismos defensivos adaptadores. Para ello, plantean que el aquél que ejerce el papel de ayuda debe partir de tres supuestos fundamentales:

1. Su principal tarea es proporcionar apoyo y facilitar la expresión de las ideas y emociones del sujeto, brindando una actitud de neutralidad, esto es, evitando todo juicio de valor.
2. Tratar de controlar las consecuencias inmediatas que conlleva la crisis.
3. Dar información clara y ordenada de los servicios de ayuda especializada con que puede contar.

Ingredientes básicos de una intervención en crisis (Sánchez-Barranco et al., 1999)		
Componente	Instrumento de ayuda	Objetivo
Contacto Psicológico	Invitar al demandante a hablar del conflicto en que se debate. Estar atento a las emociones que acompañan a sus palabras. Ante situaciones emocionales intensas, no impacientarse. No apoyar abstracciones, sino el relato de hechos concretos. Estar muy atentos a signos de peligro (ideas suicidas, etc.). Ir resumiendo y reflejando de vez en vez las informaciones que se han ido recibiendo. Declarar explícitamente interés y empatía. Expresar posibilidades de salidas constructivas sin caer en optimismos exagerados o ingenuos.	-Lograr que el sujeto se sienta escuchado, comprendido, aceptado y apoyado.-Establecer una comunicación constructiva y solicitar calma.
Examen de las dimensiones del problema	Preguntar en el momento oportuno por los hechos que han precipitado la crisis, evitando que el sujeto se refiera a hechos lejanos del pasado o del futuro. Tratar de objetivar cuáles son los recursos del sujeto: personales (cognitivos, afectivos y conductuales), familiares y sociales. Intentar una preevaluación del trastorno con fines orientativos. Investigar si el sujeto tiene tomadas decisiones, cuáles son y cuándo y cómo se piensan poner en práctica.	- Tratar de concentrar la atención del sujeto en los determinantes actuales del conflicto, que ha de ser definido como una crisis.
Posibles salidas a la crisis	Preguntar al sujeto los caminos que se han tomado en el pasado para solucionar problemas parecidos a los actuales. Investigar las salidas que tiene pensadas, establecer una lista de prioridades y comentar eventuales obstáculos que puede encontrar. Proponer alternativas, como cuestiones abiertas o directivas, según el tipo de sujeto de que se trate (tener en cuenta nivel de confianza en sí).	- Identificar las eventuales soluciones a la crisis
Facilitación de una acción productiva.	Desalentar la tendencia a resolverlo todo de una vez, dando pistas para escalonar las acciones. Si se han detectado recursos suficientes, facilitar la acción conveniente dando apoyo (actitud facilitadora). Si se capta una escasez de recursos, auxiliar de forma directiva sobre las posibles salidas e informar cómo llevarlas a cabo (actitud directiva). Proponer un seguimiento para seguir dando orientación y apoyo, o bien proponer un ingreso en la unidad adecuada.	Poner en marcha una acción constructiva. Resolver la crisis y orientar, si es necesario, hacia el nivel especializado. Lograr que se acepte el seguimiento.
Control y seguimiento	Verificar si la ayuda fue asumida y cómo. Comprobar en caso contrario cuáles han sido las dificultades y dar nuevas orientaciones.	- Asegurar resultados y dar realimentación si el proceso se ha detenido.

Según los autores, en cuanto al contacto psicológico, la clave está en la aptitud por parte del que oferta ayuda de crear un clima de comunicación a través de una serie de actitudes psicológicas, entre las que la empatía se torna esencial. Una escucha empática se muestra eficaz siempre que se acompañe de la oportuna transmisión al demandante de tal estado afectivo, para lo que es muy útil el reflejar al sujeto las emociones y sentimientos que se captan en su relato: por ejemplo, decir... «es verdaderamente duro lo que me cuenta, o debe sentirse profundamente humillado, o bien qué angustia debe estar sintiendo». En lo que se refiere al segundo componente, el examen de los parámetros del conflicto, hay que considerar que cuando se lleva a cabo una intervención en crisis, lo más indicado es centrarse en un foco que comprenda el pasado inmediato, así como el presente y el futuro cercano, debiéndose desalentar todo intento por incluir presuntos determinantes de la crisis que procedan del pasado lejano: Centrémolos en lo que ahora le angustia, deprime o enoja, es una buena frase para hacer ver al demandante por dónde transcurrirá la ayuda del profesional. Otra estrategia interesante, es guardar silencio cuando el sujeto se refiere a hechos muy pretéritos o muy futuros e intervenir con una exclamación positiva cuando se hacen referencias a lo próximo o lo presente.

Benveniste (2000), en una línea similar a la que se viene desarrollando, plantea que la intervención en crisis es, por naturaleza, muy corta. Muchas intervenciones tienen lugar únicamente en una sesión. Por tanto, es importante conducir la sesión como un tratamiento de una sola sesión. Según el autor, es necesario tener en cuenta que el encuadre de la intervención en crisis es diferente al de un encuadre clínico. El consejero puede estar en una escuela o en una iglesia, en un campo o bajo un árbol. En una intervención en crisis «el consultorio» puede ser un cuarto grande con muchas personas en él haciendo toda clase de cosas diferentes o podría no estar en absoluto en un edificio. La confidencialidad no funciona de igual manera debido a la situación de emergencia y por la necesidad de apoyo que se requiere de otros. Las horas de consultorio durante una crisis no tienen nada que ver con el reloj. Se trabaja con las personas cuando éstas están en necesidad de ser atendidos; por lo tanto, las sesiones duran de acuerdo a las necesidades y a los recursos. También son diferentes los problemas con los que el consejero debe tratar. En primer lugar, el consejero necesita establecer prioridades, esto es, la seguridad del paciente, sus problemas médicos, alimento, sueño y un lugar para dormir, deben ser considerados antes de comenzar cualquier tratamiento psicológico. Las personas no pueden superar su miedo hasta que el peligro real haya cesado. Durante la crisis, la meta del tratamiento no es el cambio profundo del paciente, o la revisión del origen infantil de los conflictos del paciente. La meta de intervención en crisis es ayudar al paciente a que lidie con su trauma. La meta es ayudar al paciente a ajustarse a su nueva situación.

5.3.5 Debriefing (Cuestionamiento Psicológico o Indagación Psicológica)

En víctimas de eventos traumáticos, lo ideal es un tratamiento breve y focalizado porque permite minimizar la morbilidad que, a largo plazo, provocan estos hechos, disminuyendo la presencia de cogniciones y reacciones emocionales reactivas y desadaptativas permanentes (Rachman, 1980).

Para muchos sobrevivientes (tanto para niños como para adultos) una red social bien informada sobre la manera de afrontar el estrés traumático y capaz de hacer narrar los acontecimientos, (en forma de un relato que ordene los hechos y las emociones), representa la mejor forma de organización posible. Esta intervención, permite abrir camino al proceso de integración, duelo y crecimiento postraumático. Resulta evidente que esto no se realiza sin sufrimiento, desesperanza y crisis internas (Perren-Klinger, 2003).

En estos últimos años, el empleo del término debriefing se ha puesto de moda en Europa del Oeste, después de serlo en Estados Unidos y Europa del Norte (Perren-Klinger, 2003).

Esta técnica surge en 1983, a partir del trabajo que **Jeffrey Mitchell**, psicólogo estadounidense, realiza con paramédicos, quienes se ven continuamente expuestos a situaciones estresantes.

Luego, a partir del modelo original, han surgido diferentes variantes. Todas estas variantes son similares en su estructura y en su aplicación y designan en todos los casos una asistencia psicológica breve para personas traumatizadas a causa de una situación difícil o un incidente crítico. En un primer momento, se conoce bajo el nombre de **Critical Incident Stress Debriefing (CISD)**, para luego, ser denominado como Debriefing Psicológico, de acuerdo a la visión de Dyregrov.

Según **Perren-Klinger** (2003), originalmente el debriefing designaba un procedimiento preciso, practicado en el ejército americano después de un combate o de una misión, que debía ayudar a los soldados a superar sus reacciones y a volver rápidamente al frente o a misiones posteriores. Más adelante, el debriefing se ha revelado como una medida preventiva voluntaria contra la traumatización secundaria (traumatización por rebote) y contra el burn-out, utilizándose al principio por algunos cuerpos de policía y conductores de ambulancia.

Cía (2001) considera que el Cuestionamiento Psicológico es una intervención cuya estructura está diseñada para promover, mediante la ventilación, el procesamiento emocional de diversos sucesos estre-

santes con el fin de obtener una correcta recuperación. En otras palabras, esta técnica busca decodificar o cuestionar las cogniciones y reacciones que resultaron desadaptativas, producto de una vivencia traumática, por medio de frases interrogativas. Se intenta que las víctimas logren poner en palabras lo sucedido, incluyendo las reacciones emocionales, sin que las mismas desorganicen el relato o se vuelvan disruptivas.

El debriefing permite hablar de todo aquello que se relaciona con la situación traumática. Se restablece el desarrollo de los hechos y se expresa lo que se ha sentido. Las explicaciones, los consejos y las propuestas concretas permiten a cada participante comprender y manejar su propia situación en función de sus recursos personales (Perren-Klinger, 2003). El debriefing es un método de intervención que trata de reducir las reacciones a un evento traumático. Por esta razón no es una terapia del Síndrome de Estrés Postraumático (PTSD), y parte del principio que la mayoría de las víctimas tienen de ellos mismos la capacidad de reaccionar de manera adecuada.

Según Inbar (1995), la **Indagación Psicológica** es utilizada como intervención inmediata con los sobrevivientes de un evento traumático y con los miembros del equipo de rescate y asistencia. La intención es prevenir el surgimiento de síntomas psicológicos a largo plazo, y permitir a los sobrevivientes, a los rescata-dores y equipos asistenciales lograr una coherencia cognitiva y emocional de la vivencia.

El objetivo principal es disminuir los efectos adversos causados por el trauma, a través de intervenciones rápidas, focalizadas en el presente, conjuntamente con el uso de recursos internos y externos propios del sujeto. Esto permite a las víctimas procesar la experiencia traumática desde el punto de vista cognitivo y emocional (Rachman, 1980).

5.3.5.1 Metodología

Según Cía (2001) el Cuestionamiento Psicológico (CP) es un método organizado en base a reuniones, cuya duración oscila entre los 60 y 90 minutos, pudiendo extenderse hasta 2 o 3 horas. Existen versiones reducidas en tiempo (20 o 45 minutos) llamadas «Desactivación». Por tanto, la desactivación es una versión corta del CP, que se pone en práctica inmediatamente después del suceso traumático. Se trata de una intervención muy focalizada, lo que hace posible analizar el incidente teniendo en cuenta la interpretación personal de cada víctima. Ambos métodos, se aplican en reuniones grupales, semi-estructuradas, formadas por un número de seis a quince integrantes. En ellos se incluye a toda persona que se ha visto afectada por el impacto del evento. Este tipo de estructuración supone la presencia efectiva de la cohesión grupal. Lo cual obliga a una participación activa de todos los miembros; de manera que el número de participantes no debe exceder las quince personas. El ámbito de reunión debe ofrecer seguridad y privacidad a quienes conforman el grupo. Perren-Klinger (2003), quien realiza una versión modificada de esta técnica, plantea que este proceso dirigido en un principio a grupos, es aplicable también individualmente.

Cía plantea que el CP se inicia 48 a 72 horas después de ocurrido el hecho. Cuando las víctimas comienzan a experimentar reacciones físicas y emocionales ante el incidente traumático, que pueden resultar inhabituales, dramáticas y generadora de reacciones negativa en el corto y largo plazo. En cambio, para Perren-Klinger la primera sesión de debriefing debe tener lugar a partir de las 72 horas después y en la medida de lo posible durante la semana siguiente. Y al respecto, Mehl y Pennebaker (2003) explican que sus propias investigaciones han demostrado que las personas afectadas obtienen un beneficio óptimo del debriefing cuando se interviene de un modo diferido, es decir, tres semanas por lo menos después del hecho. En efecto, las dos primeras semanas constituyen el intervalo de tiempo necesario para la puesta en marcha del proceso espontáneo de incorporación del traumatismo, con la implicación activa de la red social.

5.3.5.2 Objetivos

Para Cía (2001), establecer los objetivos del CP implica distinguir dos espacios de acción diferenciados, aunque en permanente interrelación. Las figuras que los conforman son: por un lado, las víctimas del incidente traumático y, por otro, aquel que tiene a su cargo la coordinación del grupo.

El *coordinador* define su lugar, dentro de la organización metodológica, de acuerdo a las funciones que cumple, a saber:

- Incentivar a los pacientes en la exploración de los significados simbólicos de la pérdida.
- Contener a los participantes, insistiendo en el hecho de que las reacciones resultan, no sólo normales sino esperables, teniendo en cuenta las circunstancias. Es decir, disminuir la sensación de anomalía o marginalidad -aumentando la normatividad y la legitimidad de los síntomas vivenciados- (Inbar, 1994). Al mismo tiempo, cuestiona las vivencias de singularidad presentes en frases como: «Soy el único que le pasó» o «Sólo yo debo estar sintiéndome así».
- Buscar elementos comunes entre las vivencias relatadas por los participantes, con el fin de favorecer la identificación grupal.
- Estudiar las formas posibles de reducir la ansiedad y las tensiones producidas por el trauma. En otras

palabras, disminuir el estrés proveniente de amenazas psicológicas, expectativas, exigencias, distorsiones cognitivas (Inbar, 1994).

- Facilitar la recuperación de los hábitos previos al incidente. Y según Inbar (1994), es posible activar los recursos internos (capacidad de afrontamiento) y externos al individuo o al grupo (búsqueda de apoyo, solidaridad y cohesión).
- Monitorear y detectar a los pacientes de alto riesgo y, derivarlos a una asistencia profesional especializada.
- Señalar que uno de los propósitos de este método es el de reconstruir (recodificar) lo que pasó. De esta forma el grupo se beneficia de la lección aprendida, luego de la dolorosa experiencia vivida. Inbar (1994) considera que es preciso incrementar la organización cognitiva recogiendo explicaciones alternativas al evento.

Las *víctimas* del incidente traumático tienen, por su parte, la función de compartir, reconstruir y dar a conocer verbalmente sus emociones (shock, miedo, terror, ansiedad, culpa, rabia, etc.), contar qué pasó y en qué forma el suceso los afectó. Es importante destacar que aunque se les da todos los participantes la oportunidad de contar su experiencia, no se les debe insistir para que lo hagan, al menos en las primeras reuniones.

5.3.5.3 El debriefing paso a paso: fases y etapas

Perren-Klinger plantea que un debriefing se desarrolla en dos sesiones. La primera tiene lugar tras la exposición al traumatismo, tal como se mencionó anteriormente dentro de las 72 horas posteriores. La segunda sesión se establece de seis a ocho semanas después.

La **primera sesión** tiene siete etapas. El proceso de estructuración de la vivencia traumática pretende separar lo que es relativo a los hechos y lo que pertenece a lo emocional. De hecho, todos los modelos de intervención se fundamentan en la separación de la parte cognitiva y la parte emocional de la experiencia. Los participantes son informados de la normalidad de las reacciones que experimentan, como reacciones naturales y pasajeras y de las pautas para manejarlas. Hay varias maneras de reforzar el proceso de integración, asignando tareas precisas para efectuar después de la sesión, presentando ejercicios que permitan manejar el estrés y eligiendo un acto simbólico que marque el fin del suceso.

La **segunda sesión** de debriefing, según la autora, sirve para reevaluar la situación de cada persona. Una primera selección permite tomar las medidas necesarias para las personas gravemente perturbadas. En esta segunda sesión, el debriefer propondrá una asistencia especializada si constata que las reacciones persisten, se cronifican o se agravan.

Fases o Etapas del Debriefing

El debriefing se desarrolla según un esquema preciso en siete fases o etapas, que guía el paso de lo cognitivo a lo emocional, antes de volver a lo cognitivo.

Fase introductoria

En esta primer fase se realiza la presentación del facilitador grupal o terapeuta y de los integrantes del grupo (Inbar, 1994). Se dan a conocer los objetivos y la metodología de las reuniones, estableciendo las expectativas y metas de cada uno de los participantes. Se los estimula a compartir sus vivencias, aunque la participación silenciosa también es aceptada. Y no se permiten las críticas ni se juzga a nadie (Cía, 2001). Se explica a los participantes las reacciones postraumáticas posibles y se les señala que son normales, naturales y transitorias. La presentación clara del procedimiento, permite comprender mejor lo que va a suceder antes de comenzar, para que todos den pleno consentimiento informado (Perren-Klinger, 2003).

Fase de descripción de los hechos

El objetivo, en esta etapa, es describir los hechos desde el punto de vista de cada individuo. Se debe tener en cuenta que cada persona tiene una historia diferente que contar. Un modo de abrir la reunión es el siguiente: «Sólo conocemos algunas partes del incidente. Sería de mucha ayuda si pudiésemos comprender lo que pasó, mediante el relato de cada uno de ustedes» (Cía, 2001). Según Perren-Klinger (2003), dado que esta etapa se basa en los elementos objetivos del suceso (los hechos), se articula sobre las preguntas: ¿Quién?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Qué fue lo que pasó?, ¿Cómo pasó?, ¿Qué ocurrió después? Tanto estas preguntas como la utilización de los verbos ver, oír y hacer, sitúan el acontecimiento en el nivel cognitivo y permiten construir un relato lógico y coherente guiado por un «hilo conductor».

Los participantes construyen dos pilares de seguridad. El primero marca el último momento placido antes del acontecimiento traumático, mientras que el segundo corresponde al primer momento de seguridad relativa después del evento. Así, implícitamente se demuestra que el evento, por muy terrible que fuera, es

sólo un capítulo de toda una vida. Estos límites simbólicos del incidente crítico, permiten darse cuenta de que hay un principio y un fin. A lo largo de esta segunda etapa, el debriefing debe controlar la forma en que se expresa, para evitar que los participantes se vean inmersos en un flujo de emociones difíciles de contener. Para esto, el debriefing tiene que ceñirse a las preguntas que conciernen a los hechos: ¿qué es lo que sucedió? Esta etapa permite a cada participante tomar conciencia de lo que ha visto, oído y hecho, y poder construir una visión global del acontecimiento. El debriefing finaliza con un resumen de los hechos breve y preciso, enmarcado entre los dos pilares de seguridad antes definidos y relatados sólo cognitivamente.

Fase cognitiva (o etapa de las cogniciones)

En esta fase cada participante tiene que describir sus reacciones cognitivas; para ello se les pide que den a conocer el primer pensamiento, o el más relevante, presente durante el incidente. De esta manera se empiezan a procesar y reformular las cogniciones (Cía, 2001). Según Perren-Klinger (2003), esta etapa permite abordar todos los pensamientos y las preocupaciones con relación al suceso; y dado que cada uno puede expresar su propia interpretación de los hechos, van apareciendo los sistemas de valores que subyacen en cada opinión emitida. Al respecto, Inbar (1994) refiere que esta etapa sirve como primer diagnóstico, no sistemático, de las atribuciones, imágenes y evaluaciones del individuo.

Fase de reacciones emocionales

Cía plantea que el objetivo central de esta fase es identificar los hechos de mayor incidencia traumática para cada miembro del grupo. Los participantes son asistidos en el reconocimiento de emociones intensas que acompañaron la experiencia traumática. Es importante, en esta instancia, que el coordinador establezca los parámetros conceptuales que definen una reacción normal de aquella que no lo es. Con ello logra legitimar las reacciones y emociones de los participantes, evitando el temor de que las mismas respondan a un estigma de locura. Se les debe encomendar la tarea de estar en contacto con esas emociones con el fin de comprenderlas, procesarlas y aceptarlas. Perren-Klinger refiere que, la reacción disociativa impide durante mucho tiempo tomar conciencia de estos sentimientos, que más adelante se sienten de manera negativa. Es necesario reactualizarlos «como si fuera la primera vez», controlando su intensidad para impedir un desbordamiento inútil y penoso. Se trata de localizar físicamente las emociones percibiéndolas y situándolas en el propio cuerpo y fraccionándolas. Luego, se describen lo más precisamente posible sus características (localización, consistencia, aspecto, movimiento). Al fraccionarse de esta manera (en pequeñas unidades corporales), las emociones llegan a la conciencia pudiendo ser nombradas, descritas y controladas (reasociación). Poder darle un nombre a algo que estaba difuso e impreciso, supone dominar en el ámbito cognitivo una impresión indefinida e incontrolable, y por lo tanto desagradable. Esta toma de conciencia se acompaña de una reinterpretación que da un nuevo enfoque a estos sentimientos.

Fase de evaluación de los síntomas

Según Cía describir la respuesta normal al trauma implica determinar los síntomas personales de estrés, demostrando su universalidad, con el objeto de normalizar las emociones del grupo. En este contexto, se desafían los sentimientos inapropiados de culpa que suelen estar presentes en las víctimas. Además, el autor plantea la importancia de que el coordinador utilice la frase «reacción de estrés» y no la palabra «síntomas», al referirse a los mismos. Inbar, agrega que esta fase puede servir para diagnosticar manifestaciones desadaptativas que requieran una intervención de asesoramiento o terapéutica futura.

Fase Educativa (o etapa de la enseñanza y el aprendizaje)

Para Perren-Klinger, la fase anterior y ésta se dan en simultáneo. Según ella esta es la fase de información y normalización de las reacciones y al mismo tiempo una etapa de aprendizaje, que se aborda en forma de diálogo entre los debriefers y los participantes. Desde la perspectiva salutogénica, esta fase de intercambio es importante. El debriefing señala la normalidad de las reacciones específicas y no específicas de manera psicoeducativa, estos es, proponiendo apoyo a los participantes para afrontar e integrar los sentimientos penosos, llevar una vida sana, realizar ejercicios para manejar el estrés. Hablar acerca de las propias reacciones alivia y relaja a las personas y este alivio se intensifica con ejercicios de autocontrol. Globalmente, todo esto ayuda a mejorar el estado general, hace disminuir la hiperexcitación y los flashbacks y favorece los procesos de reasociación. Los participantes se percatan así de que ellos mismos tienen una función activa en la reconstrucción de su propio equilibrio.

Fase de cierre

Según Cía en esta etapa se comparten aspectos relevantes de lo acontecido; al mismo tiempo que se completa la información requerida por cada miembro del grupo.

Perren-Klinger, en cambio habla de dos etapas en este punto. Es decir, una primera etapa en la que se trata de crear un ritual de despedida del evento y de prepararlo y, otra en la cual se intenta el retorno a la realidad y a la vida cotidiana. En la primera, plantea que se trata de un acto simbólico a través del cual los participantes expresan el fin del acontecimiento, pasan página y comienzan un nuevo capítulo de su existencia. Este acto de transición indica a la vez la realidad del suceso y su confinamiento al pasado. Puede tomar diversas formas, por ejemplo: plantar un árbol, un acto de agradecimiento por estar sano y salvo. Luego, en la otra etapa, se hace una conclusión donde el debriefer retoma lo esencial de lo que se ha dicho y hecho a lo largo de la sesión. Se repite que todos estos acontecimientos fuera de lo normal, son ahora conocidos, compartidos y ordenados y que los participantes han aprendido a manejar su propio estrés.

Según Perren-Klinger, ella ha propuesto ciertas ampliaciones al modelo original de Mitchell, dado que la experiencia demuestra que algunos elementos debían ser adaptados para mejorar algunos puntos críticos, especialmente los que se refieren a los riesgos de retraumatización. Estas ampliaciones subrayan la importancia de una orientación salutogénica positiva que esté atenta a los recursos personales y sociales.

La autora recalca que la actitud fundamental que orienta el conjunto de este procedimiento, es una actitud salutogénica positiva, basada en la convicción de que el individuo dispone «a pesar de todo» de capacidades y recursos necesarios para afrontar y manejar la situación crítica.

Segunda parte: Abordaje de las consecuencias negativas y positivas de la situación de catástrofe y desastre

5.4 Consideraciones respecto del abordaje del TEPT

5.4.1 Principios básicos del tratamiento

Según Cía (2001) las personas que desarrollan un TEPT se distinguen de aquellas que sufren un estrés temporario, originado por un trauma, por el hecho de permanecer vinculadas a los efectos del mismo. Tienden a revivirlo, a través de pensamientos, sentimientos, acciones o imágenes intrusivas. Se genera además, en estos individuos, un cambio biológico y comportamental sumamente complejo, dando lugar a un revivir intrusivo que comienza a dominar sus vidas. De este modo, sus hábitos y conductas se ven afectados por el sentido crónico de desesperanza, la hiperactivación fisiológica, el sentimiento de que el mundo se torna incontrolable. En este sentido, el enfermo tiende a evitar los desencadenantes traumáticos, organizando su vida lejos de todo aquello, ya sean situaciones, personas u emociones, que se asocien con el acontecimiento estresante, incluso recurre a la ingesta de alcohol o a las drogas, con el fin de embotar sus sentidos y amortiguar las intensas reacciones emocionales. Esta situación implica un doble efecto negativo: por un lado, una pronunciada desconexión con la realidad actual; y, por otro, un estrecho vínculo con el pasado. El tratamiento que requieren estos pacientes debe contemplar estas instancias: una adaptación al contexto presente y la designación del hecho traumático como un suceso histórico.

5.4.2 Integración de recursos terapéuticos

Cía refiere que según el concepto moderno, el estrés postraumático es un trastorno con implicancias psicobiológicas, que abarca una desregulación neurobiológica y una disfunción psicológica. Según el autor, estas patologías requieren de un **tratamiento combinado**, en donde se integre la **psicoterapia** con una **farmacoterapia** específica. Una vez hecho el diagnóstico, el primer paso a cumplir es la **psicoeducación**, que consiste en esclarecer al paciente y a su familia acerca de cuál es la enfermedad que padece, sus posibles causas y posibilidades terapéuticas. Este recurso es de inestimable valor y constituye un instrumento terapéutico en sí mismo, dado que el paciente usualmente siente un considerable alivio al conocer que lo que padece puede ser claramente identificado por el profesional y que existen recursos para su recuperación. En opinión del autor, para maximizar los efectos de la intervención farmacológica es aconsejable complementar la misma con sesiones de psicoterapia, en particular mediante un abordaje cognitivo-conductual a cargo de un especialista en el área. Todos estos recursos pueden ser complementados con sistemas de autoayuda, uno de ellos son los grupos en los cuales se reúnen los pacientes con TEPT y sus familiares. Estos grupos de autogestión, generalmente, se forman de acuerdo a intereses comunes específicos acordes al tipo de trauma sufrido. La presencia de un buen apoyo social y comunitario es un factor que también promueve la recuperación.

5.4.2.1 Farmacoterapia

- **Objetivos** de la medicación en el TEPT:
 - o Reducir la frecuencia y la severidad de los síntomas.

- o Reducir la tendencia a interpretar los estímulos entrantes como reactivaciones del trauma
- o Reducir el comportamiento evitativo
- o Mejorar el humor depresivo y la anestesia afectiva
- o Reducir la hiperactivación condicionada a estímulos reminiscentes del trauma
- o Reducir, en caso de presentarse, síntomas psicóticos y disociativos
- o Reducir la impulsividad y la agresión dirigida hacia sí mismo y los demás
- **Fases del tratamiento farmacológico:** se pueden considerar tres fases, las cuales se denominan de la siguiente manera: 1) Fase de estabilización, en la que se puede considerar una duración de, aproximadamente, 3 semanas a 3 meses. Es necesario reconocer que una medicación requiere de un período de 6 a 10 semanas, antes de que sus beneficios aparezcan. 2) Fase de mantenimiento: cuando el trastorno se transforma en un proceso crónico, es necesario instituir la farmacoterapia a largo plazo, por lo menos un año, durante el cual se realizan controles de seguimiento. 3) Fase de discontinuación: antes de discontinuar el tratamiento farmacológico debe considerarse una eventual presencia, tanto de síntomas de tolerancia como de abstinencia. Para minimizar estos efectos es conveniente efectuar una reducción gradual del fármaco instituido.
- **Factores a considerar en cuanto a la duración del tratamiento:** el grado de remisión de los síntomas, resultados de la psicoterapia, riesgo de recaídas, efectos adversos y factores estresantes del entorno.
- **Clases de fármacos:** diversos fármacos han sido evaluados en el TEPT. Es posible mencionar diferentes clases de antidepresivos, como los IMAOs, los tricíclicos y los ISRSs y, en menor medida, los anticonvulsivantes, algunas benzodiacepinas, los bloqueantes beta-adrenérgicos y los agonistas adrenérgicos alfa-2 (Cía, 2001).

5.4.2.2 Tratamientos Psicosociales

Cía presenta una revisión de las técnicas psicosociales que han sido empleadas en el tratamiento del TEPT.

5.4.2.2.1 Enfoques Tradicionales

Teoría Psicoanalítica

En cuanto a la terapia en sí misma, para Freud, la función yoica tiene a su cargo nombrar, invertir con palabras, ciertos montos de energía. Ahora bien, hay situaciones que el aparato psíquico de una persona, en particular, no está preparado para enfrentar, por lo cual, la magnitud de energía resulta ser demasiado grande para procesar. Es así que, el psicoanálisis tendería a que el paciente hable, invista; procese. He ahí su metodología.

Existen, según el autor, varios informes que sugieren que este tipo de intervenciones no darían resultados en patologías como el TEPT.

Hipnoterapia

La hipnosis adquiere relevancia científica a partir de James Braid, quien, en 1843, dio al término una referencia teórica y conceptual. Durante el siglo XIX, pocos se ocupaban de la hipnoterapia. Algunos científicos que trabajaron con esta metodología fueron: Charcot, Josef Breuer, Erikson, Spiegel y Freud. Según refiere el autor, Freud desde 1886 utilizaba la hipnosis para provocar, en el sujeto, la catarsis y la abreacción, consideradas curativas del conflicto traumático.

Precisamente, la hipnoterapia se basa en la recuperación de eventos históricos relacionados con el trauma que permanecen ausentes en la memoria actual del afectado. Este recurso permite rever la experiencia traumática a fin de concebirla desde un punto de vista diferente, desprovisto de toda carga emocional negativa. Cuando esto sucede, el estrés se reduce considerablemente. Sin embargo, no se puede dejar de señalar que esta técnica, aunque ha demostrado ser útil en el tratamiento de ciertos eventos traumáticos, carece de la rigurosidad científica y metodológica necesaria para su incorporación en el ámbito clínico.

Psicoterapia Psicodinámica

Según el autor, desde la postura de Lifton, se trata de una terapia que posibilita la introspección y posterior elaboración de lo sucedido, a fin de resolver el trastorno postraumático. Y por su parte Horowitz, complementa la postura anterior señalando que se puede reducir la ansiedad mediante una exposición graduada y sistemática al trauma. Según el autor, si bien son numerosos los estudios sobre la psicoterapia psicodinámica, son varias las objeciones formuladas al respecto. En primer lugar, son escasas e imprecisas las investigaciones de orden empírico y metodológico, que intentan justificar la eficacia de estas terapias. Y en segundo lugar, los argumentos que definen a los tratamientos y las técnicas empleadas son inconsistentes.

5.4.2.2.2 Enfoques Modernos

Terapia cognitiva- conductual (TCC)

Según el autor, esta se basa en la modificación de las creencias básicas, el pensamiento y las conductas del paciente, logrando así reducir la evitación y la ansiedad. Es importante destacar que la TCC resulta de la conjunción de dos métodos terapéuticos:

1. **La terapia conductual** que privilegia la técnica de afrontamiento o exposición. Las personas se enfrentan, de modo gradual, con la situación temida y las emociones asociadas a las mismas para aprender a procesarlas y manejarlas adecuadamente.
2. **La terapia cognitiva** privilegia la evaluación de los pensamientos y creencias asociadas a los estados de ánimo, a las conductas, a las experiencias físicas y a los eventos traumáticos, posibles generadores del TEPT.

Algunos de los principios y métodos que la conforman, son:

- **Se focaliza en el comportamiento y en la cognición** (la TCC trabaja sobre el comportamiento actual y los pensamientos conscientes. Se aboca a modificar comportamientos y cogniciones, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos. Esto se basa en la concepción de que los cambios en la manera de pensar, producen cambios en la manera de sentir).
- **Esta orientada hacia el presente** (se investiga el funcionamiento actual).
- **Es una terapia a corto plazo** (generalmente se utilizan series de 15 a 20 sesiones).
- **Se enfatiza la medición y la cuantificación** (desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características. Esto se repite periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido).
- **La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico** (paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Se pone énfasis en el aprendizaje, el paciente va adquiriendo habilidades para afrontar los síntomas del TEPT y modificar sus pensamientos y conductas. El principio que la guía es que cuanto más sepa y practique, estará en mejores condiciones para enfrentar sus problemas en la vida cotidiana y recuperarse del trastorno).
- **Tiende a fomentar la independencia del paciente** (por ello, se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conductas, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades intersección).
- **Está centrada en los síntomas y su resolución** (se denominan «síntomas blanco», dado que el objetivo es aumentar o disminuir conductas específicas como, por ejemplo, ciertos sentimientos, pensamientos. En lugar de promover un cambio inespecífico, se definen objetivos concretos a lograr).
- **Rechaza la sustitución de síntomas** (la TCC tiene como meta eliminar o reducir los síntomas, y si estos desaparecen habrá mejoría en otras áreas, sin aparecer síntomas que los reemplacen).
- **Enfatiza el cambio continuo** (el objetivo de cada una de las sesiones es ayudar a los pacientes a cambiar e, ir evaluando los cambios obtenidos. Se le solicita practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas en el afuera como parte de la tarea).
- **Desafía la posición del paciente** (activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones de conducta).
- **Se centra en la resolución de problemas** (este énfasis apunta a objetivos específicos, como evaluar alternativas y desarrollar planes).
- **Utiliza planes de tratamiento** (generalmente, la terapia consiste en el cumplimiento de planes específicos).
- **Propone una continuidad temática entre las sesiones.**
- **Desmitifica la terapia** (el plan de tratamiento y el proceso terapéutico retiran el «velo de misterio» que cubre casi todas las psicoterapias, al permitirle al paciente un libre acceso a la información teórica o metodológica mediante la biblioterapia, y a su participación en el diseño de las formas de tratamiento).
- **Tratamiento de base empírica**

Según **van der Kolk** (2002), dar significado a la experiencia traumática usualmente no es suficiente. Los individuos traumatizados necesitan tener experiencias que contradigan directamente el desamparo emocional y la parálisis física que acompaña a las experiencias traumáticas. Para este autor los **pasos críticos en el tratamiento del TEPT** son los siguientes:

- 1) **Seguridad:** cuando los propios recursos de los pacientes son inadecuados para manejar la situación amenazante, ellos necesitan confiar en otros que les provean seguridad y cuidado; y es crítico que la víctima restablezca contacto con su sistema de soporte social natural.
- 2) **Manejo de la ansiedad:** después de que la seguridad ha sido garantizada, podría haber una necesidad de variadas intervenciones psicológicas. Ellos necesitan aprender a nombrar los problemas que enfrentan y a formular soluciones apropiadas. Deben aprender a distinguir entre amenazas de la vida real y los

miedos irracionales propios del TEPT. Si la ansiedad ocupa un lugar central, las víctimas deben ser ayudadas a fortalecer sus habilidades de confrontación.

3) Procesamiento emocional: con el objeto de poner el evento en perspectiva la víctima necesita poder reexperimentarlo sin sentirse desvalido.

Para todo esto, es posible utilizar diversas técnicas.

A continuación se realizará una breve descripción de las diferentes **Técnicas Cognitivo-Conductuales** que han demostrado ser efectivas en el tratamiento del TEPT (Cía, 2001).

- **Exposición en vivo y Exposición imaginaria:** la exposición implica el enfrentarse con la situación temida de manera real (en vivo) o imaginaria. La exposición imaginaria es una manera segura y controlada de que el paciente reviva el evento traumático, el miedo y el distrés causados por el mismo. Se realiza gradualmente y, en forma jerárquica, desde el menos ansiógeno al que más distrés cause. Es importante para el paciente sentir que tiene el control del proceso de recordar el hecho y las sensaciones asociadas al mismo. Según Cía, algunos estudios indican que la exposición en vivo resulta ser más efectiva. Esto implica, para el autor, que hasta que el paciente no se enfrente con la situación real o lugares y las sensaciones traumáticas, no terminará de recuperarse y de procesarlas. Esta terapia desensibiliza, en forma gradual, al paciente; y por tanto, es necesario establecer, previamente, una jerarquía de temores: de menor a mayor. Cada exposición se acompaña por instrucciones de afrontamiento. Se espera que la exposición reiterada a las situaciones temidas culmine en una «habitación» al mismo, para que pueda procesar la situación y recordarla, sin las intensas respuestas de miedo.

- **Entrenamiento respiratorio y relajación:** el objetivo de entrenar al paciente en técnicas de relajación es el darle más herramientas para calmar sus miedos y su ansiedad. La relajación se caracteriza por una respiración lenta y profunda, por un aumento en la digestión y una disminución de los latidos cardíacos, así como por una mayor temperatura corporal. Al paciente le será más fácil controlar la ansiedad, si comienza a practicar la técnica antes de que llegue a su pico de máxima intensidad. Es por esto que deben reconocerse, antes que nada, los síntomas y signos de la ansiedad. Se le debe insistir al paciente en la necesidad de la práctica sistemática y continua de los ejercicios.

Aprender a respirar adecuadamente es un aspecto importante de la relajación, es por ello que es conveniente enseñarle al paciente a controlar su ritmo respiratorio.

- **Detención del pensamiento:** para esta técnica cognitiva aplicada al TEPT, no hay evidencia empírica concreta. Sus fundamentos se contradicen con los principios de la exposición imaginaria, la cual propone un mayor afrontamiento para lograr una mejor habitación. Según el autor, esta técnica sólo se utilizará cuando la exposición sea irrealizable, por la razón que fuere.

- **Reestructuración cognitiva:** Esta metodología se basa en la terapia cognitiva de los trastornos emocionales de Beck, que se fundamenta en la siguiente hipótesis: las emociones son producidas por la interpretación de los eventos y no por los eventos en sí mismos. Esto implica que cada suceso puede ser interpretado de diversas maneras, de acuerdo a los esquemas cognitivos del sujeto. El hecho de haber vivido un incidente severo es capaz de debilitar o modificar drásticamente el sistema de creencias del sujeto. Es, en este punto, donde la terapia resulta muy útil para que el paciente reconozca que sus pensamientos son excesivamente negativos y ayudar a modificarlos. Las técnicas de reestructuración cognitiva son un recurso terapéutico altamente poderoso para ayudar a los pacientes con TEPT. Pueden aplicarse de forma grupal o individual, en terapia familiar y de pareja. Sus objetivos son: a) ayudar a los pacientes a detectar sus pensamientos automáticos y la forma en que éstos se conectan e impactan sobre sus pensamientos, sentimientos y conductas. b) ayudar al paciente a modificar la forma de procesar la información y su comportamiento. c) ayudar al paciente a explorar y cambiar sus creencias básicas mediante «tareas» específicas.

- **Autodiálogo guiado:** Meichenbaum desarrolló el método del autodiálogo guiado, mediante el cual se le enseña al paciente a concentrarse en su «diálogo interno», en lo que se está diciendo en ese momento a sí mismo. Se lo instruye a detectar los diálogos internos disfuncionales y negativos y a modificarlos por otros más adaptativos, racionales y positivos.

- **Técnicas de dramatización:** las técnicas psicodramáticas son muy valiosas en el momento de expresar y de elaborar situaciones traumáticas. Consisten en escenificar situaciones que implican a los protagonistas desde lo corporal, los gestos, las reacciones y las conductas, al pretender estar dentro de determinada circunstancia y aprender nuevas formas de reaccionar y conducirse ante estímulos; es la forma de practicar la manera de resolver una situación.

- **Modelado encubierto:** esta técnica es el análogo imaginario de la dramatización de roles: ayuda al paciente a enfrentarse con situaciones estresantes mediante el ensayo imaginario de estrategias, a partir de escenas conflictivas.

Desensibilización y Reprocesamiento mediante movimientos oculares (EMDR)

Martín Wainstein y Ceberio Rodriguez (1995) realizaron una entrevista a **Francine Shapiro** para la revista «Perspectivas Sistémicas» con el fin de conocer más acerca de esta novedosa técnica.

En 1987 F. Shapiro desarrolló la técnica, según la autora, de una forma accidental, descubriendo que los pensamientos perturbados perdían mucho de su poder cuando se realizaba una forma particular de repetición del movimiento ocular, similar al del sueño. Estos pensamientos desaparecían completamente y si deliberadamente se recobraban, no poseían la misma significación ni validez. Luego de idear la técnica, Shapiro decidió probarla en una investigación formal con 22 sujetos que habían sufrido violaciones, abusos sexuales infantiles y guerras. Habían padecido imágenes aterradoras y trastornos en el sueño durante muchos años. Con una sesión de 60 minutos de EMDR, focalizando en un sólo recuerdo traumático, los pacientes experimentaron una mejoría interesante: los recuerdos habían perdido la mayor parte de su carga destructiva y ellos comenzaban a encontrar sensaciones positivas en sí mismos. En muchos de los primeros casos de Shapiro, los recuerdos perdían detalles o cambiaban de color con la EMDR, lo que le llevó a pensar que en el proceso había alguna cuestión neurológica involucrada. La autora considera que el movimiento ocular permite que se produzca un aprendizaje detenido durante mucho tiempo. Ella sostiene que los recuerdos traumáticos son lecciones no aprendidas que se aíslan en el cerebro en virtud de las oleadas de neuroquímicos producidas en momentos de gran estrés. Estas experiencias permanecen sin asimilar durante años, envueltas en su propio paquete bioquímico. El movimiento ocular desata el paquete y reconecta las redes neuronales anteriormente aisladas con el resto del cerebro.

Gradualmente, la autora continuó desarrollando y estandarizando el método para un uso óptimo. También, insiste que el uso de EMDR por clínicos no entrenados adecuadamente reduce su efectividad en el tratamiento del PTSD (TEPT). Por lo tanto, es importante que la EMDR sea practicada sólo por terapeutas entrenados y con licencia para su adecuada práctica (Wainstein y Rodriguez, 1995).

Aplicaciones del método

Según **Gergerian** (1995), la EMDR ha sido utilizada en el tratamiento del TEPT relativo a diversos tipos de estresores:

- Desastres naturales, como inundaciones, huracanes, tornados, terremotos.
- Desastres accidentales realizados por la mano del hombre, como accidentes industriales, accidentes aéreos, automovilísticos, incendios.
- Desastres deliberados realizados por la mano del hombre, como secuestros, violaciones, incesto, combate militar, tortura, bombas.

La efectividad de la EMDR varía en función del trastorno: si bien el método fue desarrollado e investigado en pacientes con trastorno por estrés postraumático, su uso se extendió al tratamiento de cuadros como la fobia, los trastornos de ansiedad generalizada y otros.

¿En qué consiste el método?

Según Shapiro, durante el sueño existe un movimiento ocular que sigue las imágenes del sueño, pero que a la vez favorece la producción de las mismas. Este movimiento controla el estrés que producen las imágenes de la escena onírica. Cuando la tensión y la ansiedad que engendran las mismas es demasiado alta, en general la persona abre los ojos paralizando el movimiento. Cuando el estrés es demasiado alto la persona se despierta, detiene el movimiento. Las causas de esto pueden ser situaciones conflictivas, traumáticas, violaciones, guerras que en muchas oportunidades generan sueños recurrentes. En tanto y en cuanto se interrumpa el estado de sueño (movimiento de ojos), la persona no retiene el aprendizaje, bloquea la posibilidad de elaborar y queda fijado al trauma. La experiencia queda registrada en la memoria anterógrada y siempre está presente. Con la inducción al movimiento ocular, se transportan estas imágenes a la memoria a la memoria retrógrada, quedan allí registradas sin conexión con lo emocional, solamente son un recuerdo.

No se trata de quitarle o hacerle olvidar la experiencia vivida a la persona, pero sí la sensación, la emoción que la reviste (por ejemplo, el miedo), estas sensaciones son tanto físicas como cognitivas. Los sentimientos cambian. La autora continúa explicando: Como se ha dicho, en la memoria «corta» (anterógrada) están las imágenes con las emociones almacenadas, y estos sentimientos de situaciones traumáticas no deben estar allí, porque siguen perturbando a la persona, deben alojarse en la memoria «larga» (retrógrada), donde no están registradas las sensaciones.

Wainstein y Rodriguez le preguntan a la autora si este método anula la imagen, y Shapiro responde lo siguiente: «No. Se transforma la emoción y la sensación que produce la imagen registrada en la memoria. En algunas personas, las imágenes y las sensaciones cambian; en otras, la imagen desaparece como si estuviera el recuerdo en una nebulosa».

Los pasos técnicos

Según Shapiro, el método tiene distintos pasos o niveles a seguir:

1. La primera sesión es una sesión histórica (no en el sentido psicodinámico). Se pretende que la persona identifique el incidente traumático que le genera malestar.
2. El paso siguiente es preguntar si existe una imagen que condensa todo el recuerdo y le produce mayores sentimientos. Es llamada «imagen-objetivo» (target image).
3. Mientras tiene su imagen en mente se pregunta al sujeto qué palabra le viene a la cabeza. Aquí, se está en presencia de una «cognición negativa». Es lo que Beck llamó pensamientos automáticos, éstos llegan antes que la emoción: la asociación de una cognición negativa conjuntamente con la imagen-objetivo, por ejemplo: «yo estaba mal, soy inútil, no soy bueno...».
4. Se pregunta: ¿Si usted se sintiera mejor qué se diría a sí mismo ahora? A esto se le llama «cognición positiva». Resulta difícil obtenerla puesto que nadie asocia algo positivo con el recuerdo traumático, pero trabajamos hasta obtener la cognición bien formulada, por ejemplo: «puedo aprender a trabajar con mi discapacidad».
5. Después, se toma una escala que se denomina «escala de la credibilidad de la cognición». Y se le pregunta a la persona: en una escala que va de 1 (donde no se cree nada) a 7 (donde se cree absolutamente), ¿dónde estima que está su pensamiento positivo?
6. En este paso se trae a la mente la imagen-objetivo, la que acarrea todos los sentimientos y se le pregunta qué emoción acompaña esa imagen: tristeza, miedo, etc.
7. Luego, se indaga acerca de si siente una emoción en el cuerpo, por ejemplo: «estoy asustado y eso lo siento en el estómago».
8. Se utiliza una segunda escala para el estado subjetivo de displacer (distress) que fue desarrollada por J. Wolpe en los años '50 y la utilizó para la desensibilización sistemática. Originalmente, iba de 0 a 100, pero la autora la modificó de 0 a 10. Se pregunta entonces: ¿qué emoción lo acompaña, qué siente en su cuerpo, y en una escala de 0 = neutral a 10 = intenso, cómo clasificaría este sentimiento, lo que experimenta actualmente?
9. En este paso se comienza con el tratamiento ocular: «traiga esa imagen, esté atento a sus pensamientos negativos, a su emoción y a lo que siente en el cuerpo», y se comenzará con la inducción del movimiento ocular (set of eye movement). Normalmente, se realizan alrededor de 24 movimientos.
10. Se señala: «blanquee eso, respire hondo». Con la persona en «blanco» se le pregunta: «qué le viene a la mente ahora»; puede ser un sentimiento, un pensamiento, una emoción, un olor, un sonido o simplemente nada.
11. Se continúa con el proceso, teniendo un foco se comienza con la imagen-objetivo y el movimiento ocular sugiriendo que se realicen asociaciones, «yo recuerdo en mi colegio secundario, esto sucedió», hasta que eventualmente culmina esta cadena asociativa.
12. Aquí se señala: «regrese a la imagen original y en una escala de 0 a 10 ¿cuán intensa la siente ahora?». Teóricamente ha descendido. Se le pide: «piense en la imagen nuevamente», y se recomenzará el movimiento ocular. Después de cada set cambia el pensamiento, el sentimiento o la emoción. Se continúa con el proceso una y otra vez hasta que se agote la cadena asociativa y cuando en la escala se llegue a 0, o sea cuando no hay más carga en la imagen, allí termina la fase de desensibilización en el trabajo.
13. En el siguiente paso se toma el pensamiento positivo que tuvo el cliente y se lo «instala». El objetivo es que en el futuro, por ejemplo: una persona que fue violada y cuando sentía pasos detrás suyo desencadenaba un ataque de pánico, después del tratamiento escuche los pasos que detonan el recuerdo y este aparezca con muy poca carga emocional por haberlo desensibilizado, e inmediatamente aparezca la connotación positiva: «aprendí como cuidar de mí misma en situaciones de peligro». Esta persona tenderá a protegerse en lugar de entrar en pánico. Se le sugiere: «traiga la imagen original o lo que queda de ella y su pensamiento positivo», y se asocia por medio del movimiento ocular.
14. Se pregunta sobre la primera escala de credibilidad de la cognición de 1 a 7, ¿cuán intensamente cree en el resultado?

En suma, lo que se busca es 0 en la escala de distress, y 7 en la escala de creencia cognitiva. Así, en el futuro cuando el recuerdo aparezca va a ser inmediatamente recubierto con un pensamiento positivo. Si quedó alguna sensación a nivel corporal deberá continuarse con el trabajo.

5.4.3 Abordajes innovadores en el tratamiento del trauma psicológico

Según **Cazabat** (2001b), a partir de una investigación realizada por Charles Figley, en Estados Unidos en 1994, conocida como «Los ingredientes activos en el tratamiento del trauma psicológico», han crecido en importancia nuevos tratamientos no tradicionales y controversiales, que dan respuesta rápida y efectiva a las secuelas del trauma.

A continuación, se presentará una síntesis de dos de estos abordajes terapéuticos: TIR (Traumatic Incident Reduction) y TFT (Thought Field Therapy).

- **Traumatic Incident Reduction (TIR)** (Reducción del incidente traumático)

Este tratamiento breve, simple, centrado en la persona y altamente estructurado fue desarrollado por Gerald French y Frank Gerbode, influidos por los trabajos de Carl Rogers y de Sigmund Freud. Busca eliminar la carga emocional negativa de traumas anteriores trabajando sobre los sentimientos, las emociones, los dolores, las actitudes y las sensaciones negativas. Para ello, el paciente debe recorrer mentalmente el «episodio traumático» sin que el terapeuta introduzca ninguna interpretación ni intervenga de manera alguna, simplemente acompañando y orientando el trabajo del paciente. La repetición alivia los síntomas, promueve insights y alienta la toma de decisiones. Cuando el paciente llega a este punto, el modelo considera que el tratamiento llegó al «punto final». En verdad, el tratamiento consiste en lograr que el paciente pueda poner los hechos en palabras de forma que la carga emocional vaya desahitándose y el «hecho traumático» quede archivado en la memoria como lo que es: un hecho del pasado, que ya no amenaza.

- **Thought Field Therapy (TFT)** (Terapia del campo del pensamiento)

La terapia del campo del pensamiento fue desarrollada hacia 1980 por Roger Callahan en California. Se basa en la existencia de lo que este profesional llamó «perturbaciones» en la bioenergía del campo del pensamiento a las que postuló como causantes de los trastornos psicológicos. El tratamiento busca remover esas «perturbaciones» del campo del pensamiento, por medio de la estimulación de ciertos puntos vinculados con los meridianos de la energía de la acupuntura y cierto tipo de movimientos de ojos. El terapeuta pide al paciente que recuerde y «sintonice» con el hecho traumático. Al repetir este procedimiento, la perturbación provocada por el recuerdo del hecho traumático desaparece junto con las sensaciones y emociones asociadas al mismo, al mismo tiempo que se transforma la imagen que representa ese recuerdo.

Según Cazabat, la complejidad de las secuelas de los hechos traumáticos, su persistencia a lo largo del tiempo, la comorbilidad con otros trastornos que muchas veces tornan difícil su diagnóstico y tratamiento, la diversidad de la respuesta traumática, etc. ha llevado al desarrollo de nuevos abordajes. Muchos de estos abordajes (como los mencionados) no cuentan aún con un respaldo de investigación y su sustentación teórica (como en el caso del TFT) es, cuanto menos, bastante discutible. De todas maneras, la experiencia clínica indica un gran nivel de efectividad, que permite suponer que en los próximos años crecerá el número de investigaciones controladas que corroboren las observaciones clínicas.

5.5 Consideraciones respecto del abordaje de las «Patologías por Disrupción»

Según el autor, contrariamente a lo que muchos piensan, no existen, por ahora, tratamientos específicos para los cuadros que él ha agrupado bajo la denominación general de «patologías por disrupción». Antes de establecerlos se necesita hacer diagnósticos apropiados y específicos, tarea que no es nada sencilla. Además, el autor considera un hecho que no resulta favorable: salvo que una situación disruptiva provoque un desarreglo psicológico evidente e insoportable, los damnificados por catástrofes individuales o colectivas no recurren a los especialistas en salud mental. Se dirigen a profesionales de otras especialidades a quienes consultan a causa de todo tipo de molestias y alteraciones. A veces, estos profesionales los derivan a los de salud mental, una conducta cada vez más frecuente en Estados Unidos e Israel (Benyakar, 2003a).

5.6 Intervenciones en situaciones de duelo

Según Liria y Vega (2002), se deben 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.

El segundo nivel se correspondería con lo que diversos autores llaman **counseling** o **asesoramiento** y que, según Liria y Vega, estaría caracterizado no por referirse a un determinado tipo de duelo (normal versus patológico), sino por el hecho de estar realizado por una persona que mantiene una relación de ayuda con el doliente, pero no es, necesariamente, un profesional de la salud mental; por ejemplo podría ser una enfermera que continua en contacto con una familia después de la pérdida de un hijo tras una hospitalización prolongada.

El tercer nivel se correspondería con una **terapia** y vendría definido por ser llevado a cabo por un profesional de la salud mental o un agente de salud adecuadamente entrenado para ello. La actuación a este nivel está indicada en dos circunstancias: 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, etc.), o bien, cuando la intervención de segundo nivel no ha conseguido mejorar el problema o ha desencadenado reacciones inesperadas.

Inbar (1996) plantea que aquellos que se especializan en desastres comunitarios y catástrofes masivas tienden a hacer una diferenciación entre asesoramiento y terapia de duelo. El **asesoramiento** tiene como objetivo general permitir que el sobreviviente o deudo pueda cerrar o finalizar su relación con el difunto y despedirse definitivamente de él. Es decir, que se trata de facilitar la elaboración del duelo, permitiendo que dicho proceso finalice sin resultados negativos. **Worden** (1991) considera que éste sería un tipo de intervención que deberían ser capaces de realizarlos profesionales que se relacionan frecuentemente con personas que enfrentan procesos de duelo, como trabajadores sociales, profesionales de ayuda en general, policías, bomberos, etc. Y se aplicaría a personas que están atravesando un proceso de duelo normal. En cambio, la **terapia de duelo** hace referencia a ciertas dificultades, problemas o expresiones patológicas debido a una elaboración inadecuada, traumatizaciones anteriores o un afrontamiento ineficaz. La terapia requiere de conocimientos más amplios de la dinámica de la resolución del duelo, comprender las características de los sobrevivientes de desastres o catástrofes masivas, y el desarrollo de estrategias y técnicas terapéuticas adecuadas (Inbar, 1996).

Objetivos de la intervención

Liria y Vega (2002) plantean que los objetivos de la intervención consistirán en facilitar que las cuatro tareas (propuestas por Worden en el capítulo anterior) que constituyen el trabajo de duelo puedan ser llevadas a cabo. Es decir:

- Facilitar la aceptación de la realidad de la pérdida.
- Facilitar la expresión y el manejo de los sentimientos ligados a ella (Inbar agrega: trabajar a través del dolor de la pérdida, sus expresiones, síntomas y conductas disfuncionales).
- Facilitar la resolución de los problemas prácticos suscitados por la falta de lo perdido (Inbar plantea, a partir de la aceptación de la nueva realidad, facilitar una adaptación activa a un entorno social distinto sin la presencia del difunto).
- Facilitar una despedida y la posibilidad de volver a encontrar sentido y satisfacción en la vida (Inbar plantea la reubicación emocional de la relación con el difunto y redefinición o continuación del proyecto de vida).

Principios de la intervención

Según **Inbar** (1996) para poder lograr estos objetivos, son implementados algunos principios rectores fundamentales, elaborados y adaptados a situaciones de catástrofes.

- **Concientizar al deudo sobre la realidad del evento y la pérdida.** Para ello utilizará medios distintos, desde la conversación y el diálogo, hasta una visita al lugar de la catástrofe, la sepultura, ver recortes de diarios, etc. Estos medios sirven para lograr otros objetivos muy importantes que se desarrollaran posteriormente.
- **Facilitar la identificación y expresión de emociones, y los resultados de las mismas.** Mientras se contiene y apoya al deudo, se lo estimula a contactarse con el dolor producido por la pérdida. Emociones comprensibles y legítimas como la ansiedad, la culpabilidad, el rencor, la vulnerabilidad, la depresión y la impotencia son elaboradas. La identificación de esas emociones no es una tarea académica, sino que le permite al deudo comprender mejor lo que le está ocurriendo, diferenciando a veces emociones complejas como la depresión de otras similares como la tristeza, ambas legítimas, pero la última más fácil de sobrellevar o superar. Desde el modelo cognitivo, esta «rotulación» y diferenciación son importantes para el afrontamiento y están relacionadas con el significado, la connotación y la percepción de auto-eficacia y «esperanza».
- **Adaptación a la nueva realidad, identificando y estimulando las capacidades para continuar viviendo sin el deudo, tomando e implementando decisiones de manera independiente.** Una resolución completa y efectiva es casi imposible de obtener. Los eventos han ocurrido en la realidad, la pérdida es un hecho, la vida del sobreviviente o del deudo no volverá a ser lo que fue antes del evento. El programa psicoterapéutico implementado, además de la contención y la empatía, enfatiza el modelo de afrontamiento, es decir, el de poder identificar recursos propios y sociales para continuar logrando sus proyectos y objetivos individuales y familiares, contactarse con sus necesidades auténticas, realizar el potencial individual, de pareja y de familia. El terapeuta que trabaja con víctimas de desastres masivos, legítima y enfatiza la normalidad de las reacciones de duelo y las dificultades de sobrellevarlo, ayudándolo a entender y a aceptar ciertas manifestaciones, como dificultades en la concentración, sueño, alucinaciones y la sensación de impotencia como algo normal. Al mismo tiempo, transmite sensaciones de

«esperanza» acerca de que cada uno tiene en su repertorio el potencial, las capacidades y las habilidades de afrontamiento efectivo y de una resolución adaptativa frente a la tragedia.

- **Permitir un apoyo continuo, una perspectiva futura y de esperanza.**

5.7 Influencia de las intervenciones «patogénicas». Hacia un posible cambio de modelo

Según **Violanti** (2003) la meta final del trabajo de los profesionales de salud mental, es la de ayudar a las personas a enfrentar la adversidad y las dificultades de la existencia. Al respecto, el autor plantea el siguiente cuestionamiento: ¿Se alcanza este objetivo cuando se habla de estrés traumático? La utilización de métodos orientados por la psicopatología, podría incitar al individuo a integrar los síntomas traumáticos en su propio guión de vida. Se admite, así, que los métodos centrados en la patología, la utilización de técnicas estrictas y rígidas, permitirían al individuo reestructurar en el nivel cognitivo la percepción de sus propios síntomas traumáticos. La intervención patogénica se ocupa de la enfermedad, de lo patológico y está dirigida a los pacientes. En otras palabras, si el individuo no se sintiese «enfermo», no necesitaría participar en la intervención. La concepción patogénica presupone que se va a desarrollar una enfermedad. Por esta razón, si los participantes de una intervención terapéutica están presentes, es porque han sido expuestos a un evento potencialmente traumático y se supone que sufrirán síntomas postraumáticos. El representante de la salud mental responsable de la intervención, aparece frente a los participantes como el experto que puede curarlos «porque sabe». Bajo esta premisa, los terapeutas se hacen cargo de la persona convertida en paciente y los pacientes deben asumir las exigencias de este esquema, dando pruebas de su cooperación, confianza y respeto. Es justamente esta premisa, lo que los provee de su status de enfermos necesitados de cuidados.

Ante este panorama, el autor plantea una serie de interrogantes, a modo de crítica, acerca de la naturaleza de éstas intervenciones y sus implicancias. ¿Por qué los modelos patogénicos parten de la idea de que cada persona reacciona con síntomas ante un evento traumático? ¿Qué sucede con aquellos que no presentan ninguna secuela? ¿Sería posible que el esquema de intervención patogénica los induzca a padecer trastornos postraumáticos?

Según refiere el autor, la exposición a una situación crítica no conduce obligatoriamente al desarrollo de síntomas postraumáticos. La misma experiencia difícil puede convertirse para algunos en una oportunidad de desarrollarse personalmente. Si los responsables de una intervención adoptan una perspectiva positiva en lugar de una negativa, las personas expuestas a un traumatismo descubrirán sus propios recursos y se beneficiarán del apoyo brindado por los profesionales. Esto significa que las personas involucradas podrán sacar a la luz su guión de vida de un modo positivo, lo cual contribuye a su restablecimiento.

El punto de vista salutogénico no se apoya solamente en la capacidad individual para sobrellevar un traumatismo; se sustenta también en la capacidad del individuo para incrementar su fuerza interna y su sabiduría y en la posibilidad de darle un significado. Aarón Antonovsky fue el primero en reconocer el interés de la actitud salutogénica para el individuo, lo cual ofrece un beneficio superior al de la focalización en lo patológico.

La salutogénesis considera las experiencias difíciles y duras tales como los traumatismos, como situaciones que revelan la fuerza interna y estimulan el desarrollo personal positivo. La actitud salutogénica recomienda a los profesionales de la salud mental que asuman la función de facilitadores.

5.8 Consideraciones generales de las intervenciones orientadas a facilitar el crecimiento postraumático

Calhoun y Tedeschi (1998) presentan una propuesta que no es tanto la de un modelo de terapia específico, sino que se trata de hacer un trabajo de tipo ecléctico que integre los elementos habituales del terapeuta, pero con una especial sensibilidad para detectar aquellos momentos en los cuales la persona sugiere que hubo alguna manifestación de fortaleza o crecimiento personal, para rescatarla e intentar profundizar en ella. Su experiencia clínica les indica que señalar a la persona sus puntos de fortaleza raramente suele ser útil. Sólo cuando la persona llega a ellos de modo espontáneo es posible desarrollar elementos de psicoterapia que refuercen el crecimiento postraumático en el marco de la terapia global.

Los individuos que buscan el tratamiento debido a las dificultades precipitadas por acontecimientos traumáticos, generalmente tienen altos niveles de malestar y todavía no han encontrado la forma de manejar la crisis. Por ello, los autores consideran que en el trabajo con estas personas, necesitan estar presentes diversos elementos. En primer lugar, cabe señalar que, en las fases anteriores del tratamiento, el estado psicológico general del individuo debe estar estabilizado. Para que esto pueda suceder, una de las cosas a tener en cuenta, es que la persona pueda experimentar la relación terapéutica como segura. El foco en la seguridad (física y psicológica), es particularmente necesario para empezar a trabajar. Elementos adicionales de la intervención puede ser necesario que se focalicen en tratar: los síntomas de intrusión, diversas

formas de evitación condicionada, el restablecimiento o renovación de las conexiones con el sistema de soporte y sostén del individuo, y la reconstrucción del sistema de creencias y asunciones de la persona.

Las intervenciones clínicas deben trabajar dentro del sistema de creencias del individuo. Tales intervenciones, también, deben demostrar sensibilidad a las diferencias culturales (incluyendo las dimensiones existenciales y espirituales) de las personas. Los esquemas espirituales pueden permitir la creación de significados para los acontecimientos traumáticos, y también, pueden proporcionar la única vía para el crecimiento psicológico del individuo.

Para facilitar y alentar el crecimiento en estas personas de un modo efectivo, según los autores, el terapeuta debe estar preparado para (y queriendo) apoyar la percepción del individuo de ir prosperando, y creciendo. Es decir, si el individuo descubre un cambio positivo, el terapeuta debe apoyarlo en su percepción del crecimiento. Por tanto, el terapeuta debe estar dispuesto a actuar como «partera» en este proceso. Este papel le sugiere al terapeuta que respete la capacidad del individuo para manejar este difícil proceso de un modo natural. El terapeuta necesita estar alerta a la posibilidad de ayudar al individuo a identificar áreas del crecimiento.

Capítulo Nº 6: Acerca de los profesionales de salud mental

«Quien da luz debe soportar las quemaduras»
Viktor Frankl

La idea de que trabajar con personas que sufren conlleva un costo significativo para el profesional que lo asiste no es novedosa. A pesar de que el costo nunca es el mismo y que se lo ha lamentado desde siempre, cualquiera que haya acompañado a un enfermo de gravedad o que haya perdido a una persona importante en su vida conoce el precio de concentrarse en las necesidades de una persona sufriendo. Sin embargo, recién en los últimos años comenzaron a realizarse esfuerzos sustanciales por examinar los efectos que sufren los profesionales asistenciales al ser testigos de los indescriptibles daños causados por una experiencia traumática. La investigación y análisis de tales efectos ha evolucionado a lo largo del siglo pasado y proviene de una gran variedad de fuentes (Gentry, 2003).

6.1 Haciendo un poco de historia

Según **Gentry** (2003) una de las primeras referencias, dentro de la literatura científica, al costo que conlleva la asistencia se encuentra en un libro escrito por Carl Jung (*The Psychology of Dementia Praecox*) en el cual prescribe la necesidad de generar una instancia de tratamiento en donde el terapeuta participe de las fantasías y alucinaciones junto con el paciente. No obstante, advierte que ésta participación tiene efectos deletéreos para el terapeuta.

El estudio de la contratransferencia dio origen a los primeros escritos dentro del campo de la psicoterapia que exploraban en forma sistemática los efectos de la psicoterapia en el terapeuta. Algunos textos recientes sugieren que a veces los terapeutas experimentan reacciones de contratransferencia similares a los síntomas que presentan sus pacientes.

En la segunda mitad del siglo XX, la actividad comercial e industrial, que gradualmente hizo hincapié en la productividad, proporcionó el concepto de **burnout**, que traducido literalmente al español significa «quemado» y es el término que permitió describir los efectos deletéreos sufridos por los obreros a causa de las exigencias del ámbito de trabajo. Este término es utilizado para hacer referencia a un síndrome particular de estrés que puede presentarse en aquellas personas que brindan servicios a otras personas, fundamentalmente a través de un contacto directo, constante y estrecho, sobre todo en las relaciones de asistencia o ayuda («helping professionals») (Moreno et al., 1997).

El síndrome de burnout o síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducción de los logros personales es, por consiguiente, el conjunto de efectos crónicos que padecen los psicoterapeutas debido a la interacción que mantienen con sus pacientes y/o las exigencias de su ámbito de trabajo (Maslach, 1982). Las investigaciones sobre el tema demostraron que los terapeutas son particularmente vulnerables al síndrome de burnout debido al aislamiento personal, los éxitos ambiguos y el agotamiento emocional resultante de la empatía continua. El síndrome de burnout no sólo debilita al terapeuta desde un punto de vista psicológico sino que también perjudica su capacidad de realizar su trabajo en forma competente. La literatura sobre el síndrome de burnout, que comenzó hace 25 años, describe el fenómeno en detalle e indica la necesidad de intervenciones preventivas y terapéuticas como medida de asistencia para el profesional (Gentry, 2003).

El estudio de los efectos del trauma también dio lugar a una mejor comprensión de las consecuencias

negativas del trabajo asistencial. No obstante, no fue sino hasta 1980 que el trastorno por estrés postraumático fue reconocido formalmente como un trastorno de la ansiedad en el DSM III. Desde entonces, las investigaciones sobre el estrés postraumático tuvieron un crecimiento exponencial (Figley, 1995). Así, reingresa oficialmente en el campo de la psicología y la psiquiatría el trauma psicológico. El trauma es una realidad permanentemente presente a lo largo de la historia de la humanidad. Y aunque las reacciones psicológicas frente a hechos traumáticos han sido observadas desde hace ya más de un siglo, han caído más de una vez en el olvido (Cazabat, 2002).

Debido a que cada vez se recurre con mayor frecuencia a terapeutas para asistir a los sobrevivientes de delitos violentos, catástrofes naturales, abuso infantil, torturas, genocidios, persecución política, guerra y ahora también terrorismo, en la literatura de la psicotraumatología se inició un debate sobre las reacciones experimentadas por los terapeutas y otros profesionales asistenciales que atienden a tales individuos (Figley, 1995). Los profesionales que deben oír el relato de situaciones traumáticas, del horror, de la crueldad humana o de pérdidas extremas pueden sentirse desbordados y comenzar a experimentar sentimientos de temor, dolor y sufrimiento parecidos al que padecen los pacientes. Además, pueden presentar síntomas del trastorno por estrés postraumático similares a los de los pacientes (por ejemplo, pensamientos intrusivos, evitación y activación fisiológica) así como también pueden sufrir cambios en la relación consigo mismos, con sus familiares, con sus amigos o con su comunidad. En consecuencia, es probable que ellos mismos precisen asistencia para poder afrontar los efectos de la exposición al relato de experiencias traumáticas ajenas (Figley, 1995).

Aunque la literatura empírica no se desarrolló con rapidez en esta área, en la actualidad está surgiendo un cuerpo de publicaciones científicas orientado a identificar y definir la traumatización de los profesionales asistenciales que brindan ayuda.

Ciertos términos se convirtieron en piedras angulares de la descripción de los efectos deletéreos que padecen los profesionales asistenciales al trabajar con sobrevivientes de trauma.

6.2 Traumatización vicaria, estrés traumático secundario o desgaste por empatía

Estos términos son los que se han venido usando para nombrar el estrés postraumático sufrido por terapeutas, o cualquier otro profesional o trabajador involucrado en el manejo de situaciones altamente estresantes y/o traumatizantes.

La **traumatización vicaria** (McCann y Pearlman, 1990) alude a la transmisión del estrés traumático mediante la exposición visual o auditiva al relato de eventos traumáticos sufridos por otro individuo y las consiguientes modificaciones/distorsiones que tienen lugar en los sistemas perceptual y de sentido del profesional. El **estrés traumático secundario** ocurre cuando un individuo es expuesto a situaciones extremas experimentadas directamente por otra persona y resulta desbordado a causa de la exposición secundaria al trauma. Se han postulado varias teorías pero ninguna explica de modo concluyente el mecanismo que da cuenta de la transmisión del estrés traumático de un sujeto a otro. Se ha sugerido que el nivel de empatía que el profesional siente hacia el individuo traumatizado desempeña un rol significativo en la transmisión (Figley, 1995).

Figley (1995) también plantea la posibilidad de que la combinación de los efectos de la visualización continua de las imágenes traumáticas del paciente con los efectos del burnout pueden dar lugar al «estrés por empatía», un trastorno progresivo debilitante en el profesional.

De acuerdo con este constructo, la exposición al relato de traumatización del paciente puede provocar una forma de trastorno por estrés postraumático en el que el criterio A (el criterio «evento») se cumple escuchando el evento traumático en lugar de experimentándolo en carne propia.

Charles Figley, quien primeramente lo denominó: una forma de burnout, una especie de victimización secundaria, en 1995 acuñó el término **Compassion Fatigue**, que se ha traducido, como **Desgaste por Empatía**. En inglés, Compassion significa: sentimiento de profunda empatía y pena por otro que está sufriendo, acompañado por un fuerte deseo de aliviar el dolor o resolver sus causas. Y, tal como resalta Figley, la capacidad de compasión y empatía parece estar en el centro mismo de la capacidad de los terapeutas para realizar el trabajo con sus consultantes, y al mismo tiempo en la capacidad para ser lastimados por el trabajo.

Los síntomas del desgaste por empatía pueden clasificarse de la siguiente manera:

Síntomas del Desgaste por Empatía

Síntomas intrusivos
<ul style="list-style-type: none"> · Pensamientos e imágenes asociadas con las experiencias traumáticas del paciente · Deseo obsesivo y compulsivo de ayudar a ciertos pacientes · Cuestiones relacionadas con el trabajo o los pacientes que invaden el tiempo personal · Incapacidad para hacer a un lado los temas vinculados a la actividad profesional · Percepción de los sobrevivientes como individuos frágiles y necesitados de la asistencia de un profesional («el salvador») · Pensamientos y sentimientos de falta de idoneidad como profesional asistencial · Sensación de tener derecho a prerrogativas y de singularidad · Percepción del mundo en términos de víctimas y victimarios · Actividades personales interrumpidas por cuestiones relacionadas al trabajo
Síntomas evitativos
<ul style="list-style-type: none"> · Respuesta silenciadora (evitar la exposición al material traumático del paciente) · Pérdida de la gratificación mediante actividades extralaborales / cesación de actividades de autocuidado · Pérdida de energía · Pérdida de la esperanza/temor a trabajar con ciertos pacientes · Pérdida de la sensación de competencia/potencia · Aislamiento · Automedicación secreta/ adicción (alcohol, drogas, trabajo, sexo, comida, gastos, etc.) · Disfunción relacional
Síntomas de activación fisiológica
<ul style="list-style-type: none"> · Aumento de la ansiedad · Impulsividad/reactividad · Aumento de la percepción de exigencias/ amenazas (tanto en el trabajo como en el entorno) · Aumento de la frustración/ira · Trastornos del sueño · Dificultad de la concentración · Modificación del peso/ apetito · Síntomas somáticos

Gentry (2003) plantea que luego de haber trabajado con cientos de profesionales con síntomas de desgaste por empatía, amplió la definición de Figley mediante la incorporación del estrés postraumático primario preexistente y/o concomitante y sus síntomas. Muchos profesionales, en especial aquellos que brindan servicios en el lugar de los hechos, sufren una exposición directa al evento traumático al que responden. Estos, en general presentan síntomas de trastorno por estrés postraumático tardíos que no se manifiestan hasta un tiempo después de ocurrido el evento. También, se ha descubierto que muchos profesionales asistenciales se inician en este campo con una serie de experiencias traumáticas propias en su pasado evolutivo. En tales casos, es posible que no se hayan presentado síntomas asociados a estos eventos o que éstos sólo hayan alcanzado un nivel sub-clínico. Sin embargo, a medida que estos profesionales comienzan a enfrentar el material traumático presentado por los pacientes, muchos empiezan a desarrollar síntomas clínicos de trastorno por estrés postraumático asociados con las experiencias históricas previas. Durante el tratamiento del desgaste por empatía, se ha llegado a la conclusión que a menudo resulta necesario abordar y resolver el estrés traumático el estrés traumático primario antes de centrarse en el estrés traumático secundario y el síndrome de burnout. Además, se encuentra un efecto interactivo, o sinérgico, entre los síntomas del estrés traumático secundario y el síndrome de burnout. La experimentación de síntomas de cualquiera de estas tres fuentes parece reducir la resiliencia y los umbrales frente al impacto negativo de las dos fuentes restantes.

Modelo del Desgaste por Empatía (Gentry y Baranowsky, 1997)
Estrés traumático primario +/x (efecto sinérgico) Estrés traumático secundario +/x (efecto sinérgico)
Síndrome de Burnout = Desgaste por Empatía

Por tanto, como es posible apreciar en la tabla, según Gentry y Baranowsky (1997), el desgaste por empatía surge de la combinación sinérgica del Estrés Traumático Primario, el Estrés Traumático Secundario y el Burnout.

El Burnout

El Burnout es un estado de agotamiento físico, emocional y mental, despersonalización y falta de logros personales, causado por el involucramiento en situaciones emocionalmente demandantes durante un tiempo prolongado (Maslach & Goldberg, 1998).

El Burnout es un proceso progresivo. Se trata principalmente de una acumulación de contacto intenso con consultantes (Figley, 1995).

Según **Roca Perara** et al. (2001) aunque todo profesional que trabaja con personas es potencialmente propenso a presentar el síndrome o algunos de sus componentes, todo parece indicar que su mayor nivel de incidencia se presenta en los profesionales vinculados al sector de la salud humana, cuyo contacto es permanente con aspectos tan sensibles como el dolor y el sufrimiento ajeno. Los autores refieren que se ha demostrado que, además de los factores contextuales, su presencia guarda relación con factores personales que atenúan o agudizan la expresión del síndrome. Entre estos factores se encuentra el concepto propuesto por Antonovsky de Sentido de Coherencia. A partir de estos presupuestos, los autores realizaron un estudio correlacional de la presencia de ambos constructos en médicos de un hospital clínico quirúrgico, encontrando que en los profesionales en que está presente el burnout aparece un alto nivel de cansancio emocional y de despersonalización, asociado a un bajo nivel de sentido de coherencia. Por su parte, los participantes que mostraban alto sentido de coherencia, presentaban bajos niveles de burnout.

Desde un punto de vista conceptual, el Síndrome de Burnout es un constructo que implica tres componentes esenciales, a saber:

- 1. Cansancio emocional**, caracterizado por la falta de energía y la percepción de que los recursos emocionales ya se han consumido. Aparece asociado a vivencias emocionales negativas como el disgusto (y tal vez la culpa) por no poder ayudar a los demás en la medida que estos lo requieren.
- 2. Despersonalización o deshumanización**, caracterizada por un tratamiento frío, distante e impersonal a las personas que atienden, las que llegan a ser «cosificadas» (tratadas como objetos).
- 3. Disminución de la realización personal**, caracterizada por la tendencia a evaluarse a sí mismo negativamente, al experimentar vivencias de incompetencia profesional y de frustración de las expectativas de logro y realización profesional.

Según **Alonso Fernández** (1997), el sujeto afectado por el síndrome suele tener la sensación de agotamiento mental y de cansancio físico, como si se hubiese consumido por combustión su combustible energético, por eso aparece la denominación de burnout o quemado.

Los síntomas del Burn-out

Según **Cazabat** (2002) se manifiestan en distintas esferas:

1. Físicos: fatiga, problemas del sueño, dolores de cabeza, gastrointestinales, etc.
2. Emocionales: irritabilidad, ansiedad, depresión, desesperanza, etc.
3. Conductuales: agresión, defensividad, cinismo, abuso de sustancias, etc.
4. Relacionados con el trabajo: ausentismo, falta de rendimiento, robos, etc.
5. Interpersonales: pobre comunicación, falta de concentración, aislamiento, etc.

Y sus efectos pueden ser los siguientes:

- Afecta negativamente la resiliencia del trabajador, haciéndolo más susceptible al Desgaste por Empatía (Compassion Fatigue)
- Favorece la «Silencing Response» o Respuesta Silenciadora, que es la incapacidad para atender a las experiencias de los consultantes, que resultan abrumadoras, redireccionando al cliente a material menos estresante para el profesional, disminuyendo su efectividad y competencia.

6.3 El Programa de Recuperación Acelerada

J. Eric Gentry (2003) junto a **Anne Baranowsky** y **Kathy Dunning** desarrolló en 1997, en el marco del Traumatology Institute (FSU), un Programa de Recuperación Acelerada de Desgaste por Empatía. Este programa, con elementos extraídos de la Terapia Narrativa, EMDR, Terapia Cognitivo conductual, Terapia del Trauma de Tiempo Limitado, Programación Neurolingüística, Hipnosis, TFT (Thought Field Therapy, Terapia del Campo del Pensamiento), Video-diálogo, habilidades para el manejo de la ansiedad, etc. consiste en un protocolo de 5 sesiones cuyos objetivos son:

1. Identificar, entender y desarrollar una jerarquía de eventos que disparan los síntomas de Desgaste por Empatía
2. Desarrollar habilidades para enfrentar esas dificultades
3. Identificar recursos para fortalecer la resiliencia
4. Aprender técnicas de reducción de la tensión
5. Desarrollar técnicas para resolver conflictos internos y auto supervisión

Según Gentry, ningún profesional que decida dedicarse al trabajo con sobrevivientes de trauma es inmune a los efectos potencialmente deletéreos que éste conlleva. Luego de tratar a cientos de profesionales con síntomas de desgaste por empatía, el autor ha identificado cierta regularidad en los principios, técnicas e ingredientes involucrados que sistemáticamente conduce a resultados positivos y a una resiliencia mejorada.

Intencionalidad. Cualquiera sean los efectos, se ha descubierto que para alcanzar una mejoría de los síntomas del Desgaste por empatía es necesario que el profesional admita y aborde intencionalmente los síntomas y sus causas en lugar de evitarlos. Además, establecer determinadas metas y enunciar una declaración de objetivos personales / profesionales son dos elementos esenciales para comenzar a alejarse de la reactividad asociada a la victimización producto del desgaste por empatía y acercarse a la resiliencia e intencionalidad propios de una profesionalidad madura.

Conexión. Una característica común en quienes sufren desgaste por empatía es la pérdida progresiva de la sensación de conexión y de comunidad. Muchos profesionales se vuelcan más hacia el aislamiento a medida que se intensifican los síntomas. El desarrollo y sostenimiento de relaciones saludables puede convertirse en un poderoso factor paliativo al momento de resolver y prevenir los síntomas del desgaste por empatía ya que éstas sirven de apoyo al profesional y permiten compartir / diluir las imágenes y relatos asociados con el estrés traumático secundario. A menudo cuando un profesional emplea el Programa de Recuperación Acelerada con un colega, se logra tender un puente de conexión dado que el facilitador busca intencionalmente establecer una relación estrecha con el profesional afectado. Mediante la conexión relacional, los profesionales afectados son capaces de comprender que los síntomas que sufren no son una señal de debilidad patológica ni de enfermedad sino que constituyen una consecuencia natural del trabajo con individuos traumatizados. Un entorno cálido de contención se presenta como el ingrediente crucial en la superación y prevención sostenida del desgaste por empatía.

Manejo de la ansiedad / Relajación. Según el autor, el profesional conseguirá resistirse a los síntomas del desgaste por empatía en la medida en que pueda mantenerse en un estado no ansioso. La capacidad de regular y calmar la ansiedad y el estrés se entiende como un signo de madurez. El dominio de estas habilidades se adquiere con años de práctica. La capacidad de permanecer no ansioso al enfrentar el dolor, el horror, la pérdida y la impotencia asociados a las experiencias traumáticas de los pacientes, es decir, de ser testigo tranquilo de la situación, es un ingrediente clave en la superación del desgaste por empatía.

Autocuidado. Implica la capacidad de nutrirse y recuperar energía mediante métodos saludables. Suele ocurrir que los profesionales asistenciales sientan ansiedad durante y después de trabajar con individuos profundamente traumatizados. En tales casos, el profesional intenta redoblar sus esfuerzos de trabajo en lugar de implementar un sistema de prácticas saludables para superar la ansiedad. Uno de los aspectos destacados en la categoría de autocuidados es la práctica de ejercicios, una buena alimentación, la expresión y las disciplinas artísticas, la meditación, actividades recreativas al aire libre y la espiritualidad. Cuando el profesional no lleva una vida rica y gratificante fuera del ámbito profesional, tiende a ver el trabajo como la única fuente de felicidad. En tal situación, el profesional interactúa con el paciente desde una posición de agotamiento de recursos y carencia. Por el contrario, los profesionales que responsablemente logran sentirse vivos por fuera del circuito profesional son capaces de trabajar con individuos traumatizados y simultáneamente mostrarse completos, contentos y plenos de sentidos.

Narrativa. Elaborar una línea del tiempo narrativa sobre la carrera del profesional asistencial en la que identifiquen las experiencias y los pacientes causantes del estrés traumático primario y secundario resulta esencial para la superación de los síntomas del desgaste por empatía.

Autosupervisión. Este aspecto del tratamiento se centra en la corrección de los estilos cognitivos distorsionados y coercitivos. El profesional en proceso de recuperación debe suavizar el diálogo interno

crítico y coercitivo y orientar su estilo motivacional hacia un lenguaje y un tono que impliquen una mayor aceptación y afirmación de sí mismo. Los individuos traumatizados que logren liberarse de sus polaridades, resentimientos y conflictos obtendrán una reducción de la ansiedad, un mayor bienestar consigo mismos y una mayor sensación de libertad respecto del pasado para poder abocarse a las metas presentes y futuras.

Según los autores, el propósito inicial al diseñar el Programa de Recuperación Acelerada fue reunir una serie de técnicas y experiencias de gran potencia que condujeran a una veloz mejoría de los síntomas del desgaste por empatía padecidos por muchos profesionales asistenciales de modo que estos pudieran retornar a su vida normal y a su trabajo renovados. Pero al emprender la tarea frente a sus colegas, entendieron que para recuperarse del desgaste por empatía era necesario introducir cambios sustanciales en las creencias y hábitos esenciales del profesional afectado. Así, a medida que se pusieron en práctica las cinco sesiones del programa, la mayoría de los participantes sufrió una transformación en cuanto al modo en que percibían la profesión y, a ellos mismos.

Por otra parte, en lugar de considerar el desgaste por empatía como una enfermedad patológica, se comenzó a entenderlos como indicadores de la necesidad de los profesionales de continuar su desarrollo profesional hasta alcanzar una etapa de mayor madurez en lo que respecta a la asistencia y a las prácticas de autocuidado. Desde esta perspectiva, los síntomas de desgaste por empatía pueden ser interpretados como mensajes de todo lo bueno, correcto y fuerte que está dentro nuestro, más que como indicadores de una debilidad o enfermedad.

El estudio del desgaste por empatía aún es incipiente, por lo que todavía no se han publicado demasiadas investigaciones empíricas sobre este importante campo, y puede ser poco conocido entre las posibles víctimas. Es de suma importancia la educación acerca de quiénes pueden estar en riesgo, así como los síntomas para identificarlo. Al mismo tiempo, también es importante recalcar que se cuenta con abordajes eficaces en el tratamiento de este trastorno, que, de no ser tratado, puede perturbar tanto la vida profesional como la vida personal de los trabajadores del trauma.

Conclusión

El presente trabajo se inició con el objetivo de estudiar, desde una perspectiva teórico-clínica, las situaciones de catástrofe y desastre. Para ello, se realizó un abordaje amplio de las diferentes variables de la problemática de la salud mental en dichas situaciones. Si bien no se espera haber consultado la totalidad de las fuentes bibliográficas existentes, si se considera que la información presentada es lo suficientemente representativa de los grandes lineamientos actuales sobre el tema.

A través del material teórico presentado se sustenta la primera hipótesis de trabajo, ***tras un evento crítico no todas las personas se ven afectadas de la misma manera, ni responden a la situación de igual manera***. De cada catástrofe, natural o por acción del hombre, siempre quedan secuelas en el individuo, la colectividad y el medio. Estas situaciones de catástrofe, extremas por naturaleza, nos afectan a todos (víctimas directas, familiares, personal de rescate, la comunidad) produciendo una serie de pérdidas considerables, y un gran impacto a distintos niveles: biológico, psicológico, espiritual, social y cultural. Sin embargo, es posible considerar que ante la ocurrencia de una situación de catástrofe o desastre, se activan *modos de procesar que le son propios a cada persona*. Hay que atender al modo en que se da el encuentro entre las características propias del evento y aquellas características que son propias de los individuos. Es por ello, que éste será de un modo diferente en cada uno. Habrá que considerar los recursos adaptativos con que cuenta el individuo, la resiliencia, la fortaleza psicológica (hardiness), los estilos de afrontamiento; así como los recursos sociales y culturales disponibles.

Afrontar, recuperarse o sucumbir a un trauma, son todos aspectos de la condición humana. A lo largo de los últimos años, el impacto de los sucesos traumáticos y sus consecuencias sobre las personas han llamado la atención a los profesionales de la salud mental.

También, cabe considerar que cuando uno de los principales recursos es la persona misma del profesional, ese mismo es el blanco del desgaste y deterioro. El desgaste por empatía y el burnout son trastornos a los que están especialmente expuestos los profesionales de la salud que trabajan en tales circunstancias.

A partir del material bibliográfico expuesto en este trabajo, ha sido posible dar sustento a la segunda hipótesis de trabajo, ***la exposición a una situación crítica no conduce «obligatoriamente» al desarrollo de síntomas postraumáticos***. Esto es, en algunos casos sí y en otros no. El planteamiento de esta hipótesis permitió pensar de manera crítica la concepción de lo traumático y la consideración respecto del desarrollo del trastorno por estrés postraumático como una consecuencia ***única e inevitable*** de la exposición a una situación extrema como lo es una catástrofe o desastre. Frente a diversas catástrofes, muchos

individuos han podido adaptarse con flexibilidad una vez superado el sufrimiento inicial, mientras que otros han quedado afectados por estas situaciones traumáticas. No todos los sujetos que viven estas experiencias desarrollaran luego un TEPT (Cía, 2001).

Además, desde esta postura crítica y reflexiva, se han podido realizar ciertas consideraciones respecto de las intervenciones. Según Liria y Vega (2002) el trastorno por estrés postraumático proviene del modelo sobre el que se articulan la mayor parte de las intervenciones psicosociales que hoy se proponen para este tipo de situaciones. Los métodos orientados por la psicopatología (orientación «patogénica») se ocupan de la enfermedad, de lo patológico y se dirigen a los «pacientes». Desde este modelo se *anticipa* la existencia de síntomas postraumáticos (Violanti, 2003). Para abordar esta problemática, en este trabajo se ha retomado una orientación que se ha dado en llamar «salutogénica», y desde la cual se enfatizan los recursos adaptativos del individuo para sobrellevar un traumatismo.

Este tipo de enfoque, no pretende hacer cambiar la idea básica del carácter negativo de las situaciones traumáticas, pero sí ver que es posible encontrar, además, otros elementos, y que además de desarrollar métodos efectivos para disminuir el dolor es necesario diseñar métodos para que la persona sea más resistente a la adversidad.

A partir de abrir algunas líneas de reflexión y de discusión entre distintas posturas con el planteamiento de la hipótesis anterior, se logra llegar a un punto en el que es posible sostener la tercer hipótesis de trabajo, ***las experiencias de tensión extrema «pueden» representar para el individuo una oportunidad de crecimiento y superación.***

Esto es, otra vez, en algunos casos sí y en otros no. No se pretende presentar una visión ilusoria respecto de una realidad extremadamente difícil de sobrellevar y que no siempre encuentra su total superación. Pero, si se quiere mostrar que si bien es muy doloroso, es posible, en muchos casos, crecer a partir del trauma. Desde esta postura, se alienta el desarrollo de intervenciones terapéuticas que faciliten este proceso de superación.

Se considera que a partir de este trabajo, se puede contribuir, en un futuro, al desarrollo de nuevas líneas de investigación que se orienten al abordaje de estas situaciones y de sus consecuencias.

«...Todo es posible quitarle a un hombre, menos una cosa: la última de las libertades humanas...la de elegir su propia actitud bajo cualquier circunstancia dada, la de escoger su propio camino...».

Viktor Frankl

Referencias Bibliográficas

- . Alonso Fernández, F. (1997). *Psicopatología del trabajo*. Barcelona. Edika Med.
- . American Psychiatric Association (1980). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III). Barcelona. Masson.
- . American Psychiatric Association (1987). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III-R). Barcelona. Masson.
- . American Psychiatric Association. (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV). Barcelona. Masson.
- . American Psychiatric Association (2001). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR). Barcelona. Masson.
- . Anderson, J. W. (1968). Cultural Adaptation to Threatened Disaster. *Human Organizations*. 27, 298-307.
- . Antonovsky, A. (1990). The structural sources of salutogenic strengths. En C. L. Cooper & R. Payne, *Personality and Stress: Individual differences in the stress process*. Chichester. Wiley & Sons.
- . Barton, A. H. (1969). *Communities in Disasters: A Sociological Analysis of Collective Stress Situation*. New York. Doubleday & Co.
- . Baum, A.; Solomon, S. D.; Ursano, R. J.; Bickman, L.; Blanchard, E.; Green, B. L.; Keane, T. M.; Laufer, R.; Norris, F.; Reid, J.; Smith, E. M.; Steinglass, P. (1993). Emergency/ Disaster Studies. Practical, Conceptual and Methodological Issues, Chapter 10. En J. P. Wilson; B. Raphael. *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York. Plenum Press.
- . Beltrán, M. C.; Besozzi, A. B.; Beker, E. (2002). *Intervenciones en situaciones críticas. Prácticas Interdisciplinarias*. Buenos Aires. Catálogos.
- . Benveniste A., D. (2000). Intervención en crisis después de grandes desastres. *Trópicos. Revista de Psicoanálisis*. Caracas. Año VIII, vol: 1, 137-148.
- . Benyakar, M. y Noy, Sh. (1975). *The Theory and Therapy of Acute Traumatic War Neuroses*. First International Conference on Psychological Stress and Adjustment in Time of War and Peace. Jerusalén.
- . Benyakar, M.; Dasberg, H.; Plotkin, I. (1982). The influence of various therapeutic milieus on the course of group treatments in two groups of soldiers with combat reaction. En N. A. Milgram; C. D. Spielgerberg; I. G. Sarason. *Stress and anxiety*. Vol, 8, McGraw-Hill International Book Company.
- . Benyakar, M. (1989). El Colapso de una Estructura: Una Aproximación Estructural al Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, vol. 2, nº 4, Israel.
- . Benyakar, M. (1994). El Programa de Asistencia a personas afectadas por situaciones de desastre, catástrofe y situaciones bélicas, 1ª Jornadas de Salud mental en Situaciones de Catástrofe. Departamento de salud Mental del Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
- . Benyakar, M. (1998). *Neurosis traumática o vivencia y vivenciar traumático. Reflexiones teórico-clínicas*. Publicación Psicoanalítica La Peste de Tebas. Buenos Aires.
- . Benyakar, M. (1999). La vivencia: articulación entre el afecto y la representación. *Revista de Psicoanálisis*. Ed. Asociación Psicoanalítica Argentina. Tomo LVI, nº3, 591-603.
- . Benyakar, M. (2003a). *Lo disruptivo*. Buenos Aires. Biblos.
- . Benyakar, M. (2003b). Desastres y salud mental. Abordajes teóricos y modos de intervención. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*. Vol. 2, nº 1, 14-36.
- . Beristain, M. C. (1999). *Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria*. Barcelona. Icaria.
- . Breslau, N.; Kessler, R. C.; Chilcoat, H. D. (1998). *Traumatic and Posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area survey of trauma*. Arch gen Psychiatry, 52, 1048-1060.
- . Cazabat, E. (2001a). *Trastorno por estrés postraumático*. Trabajo presentado en el II Congreso Virtual de Psiquiatría. 1 de febrero – 7 de marzo. Disponible en: [http:// w.w.w.psiquiatria.com](http://w.w.w.psiquiatria.com)
- . Cazabat, E. (2001b). *Abordajes innovadores en el tratamiento del trauma psicológico*. Trabajo presentado en el II Congreso Virtual de Psiquiatría. 1 de febrero – 7 de marzo. Disponible en: [http:// w.w.w.psiquiatria.com](http://w.w.w.psiquiatria.com)
- . Cazabat, E. (2002). Un breve recorrido por la traumática historia del estudio del trauma psicológico. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*. Vol. 1, nº 1, 38-41.
- . Cía, A. (2001). *Trastorno por estrés postraumático*. Buenos Aires. Imaginador.
- . Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS) CIE- 10 (1992). *Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Edición española Ed. JJ López Ibor, Meditor, España.
- . Cohen, R. y Ahearn, F. L. (1989). *Manual de la atención de Salud Mental para víctimas de desastres*.

- México. Harla.
- . Cohen, R. (1999). *Salud mental para víctimas de desastres. Guía para instructores*. Washington. Organización Panamericana de la Salud.
 - . Cohen, R. (2002). Mental health services for victims of disasters. *Official Journal of the World Psychiatric Association*. Vol. 1, nº 3, 149-152.
 - . Cohen, R. (2003). Bioterrorismo, desastres y salud mental. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, vol. 2, nº 1, 38-43.
 - . Crocq, L. (1997). The Emotional Consequences of War 50 years old. A Psychiatric perspective. En L. Hunt, M. Marshall y Ch. Rowlings. *In Past Trauma, in Late Life*. Londres. J. Kinsley. Pp. 39-48.
 - . Crocq, L. (2003). El retorno de los infiernos y su mensaje. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, vol. 2, nº 2, 18-35.
 - . Curran, P. S. (1988). Psychiatric Aspects of Terrorist Violence: Northern Ireland 1969-1987. *British Journal of Psychiatry*, 153, 470-475.
 - . Donovan, D. (1991). Traumatology: A field whose time has come. *Journal of traumatic Stress*. 4:3, 433-436.
 - . Erikson, P.; Drabek, T. E.; Key, W. H.; Crowe, J. L. (1976). Families in Disaster. *Mass Emergencies*, 1, 206-213.
 - . Falnery, R. B. (2003). Programa de intervención para el personal psiquiátrico agredido. En G. Perren-Klinger. *Debriefing. Modelos y Aplicaciones*. Institut Psychotrauma. Suiza. Gráficas Lizarra.
 - . Felitti, V. J.; Anda, R. F.; Nordenberg, D.; Willimason, D. F.; Spitz, A. M.; Edwards, V.; Koss, M. P.; Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventative Medicine*, 14(4), 245-258.
 - . Figley, C. R. (1988). Toward a field of traumatic stress studies. *Journal of Traumatic Stress*. 1:1, 3-11.
 - . Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Nueva York. Bruner/Mazel.
 - . Figley, C. R. (2003). El tratamiento del estrés traumático. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*. Vol. 2, nº 1, 4-13.
 - . Frederick, C. J. (1977). Current Thinking About Crises or Psychological Intervention in United States Disasters. *Mass Emergencies*, 2, 43-50.
 - . Perspective. En L. Hunt, M. Marshall, Ch. Rowlings. *In Past Trauma, in Late Life*. Londres. J. Kingsley, pp. 39-48.
 - . Freud, S. (1915). *Duelo y Melancolía*. Obras completas. Tomo 14. Amorrortu Editores.
 - . Garbarino, J. y Eckenrode, J. (1999). *Por qué las familias abusan de sus hijos*. Buenos Aires. Granica.
 - . Gentry, E. (2003). Desgaste por empatía: el desafío de la transformación. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, vol. 2, nº 2, 4-17.
 - . Gentry, E.; Baranowsky, A. (1997, noviembre). *Accelerated recovery program for compassion fatigue*. Trabajo presentado en el Congreso de la International Society for Traumatic Stress Studies, Montreal, Quebec, Canadá.
 - . Gergerian, E. (1995). Eye Movement Desensitization and Reprocessing. En A. S. Kalayjian. *Disaster & Mass Trauma*. New York. Vista Publishing.
 - . Grotberg, E. (1995). A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. The International Resilience Project. Bernard Van Leer Foundation. Holanda. La Haya.
 - . Harshbarger, D. (1973). *An Ecological Perspective on Disastrous and Facilitative Disaster Intervention based on the Buffalo Creek Disaster*. Paper presented at the National Institute of Mental Health Continuing Education Seminar on Emergency Health Services. Washington.
 - . Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery*. New York. Basic Books.
 - . Herman, J. (1997). *Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence. From Domestic Abuse to Political Terror*. Nueva York. Basic Books.
 - . Hernández, A. (1998). *Promoción de la resiliencia a nivel individual, familiar, escolar, comunitario y de políticas sociales*. En Notas de trabajo sobre el tema. Santa Fé de Bogotá.
 - . Inbar, J. (1994). Estrategias de intervención psicológica en situaciones de crisis masivas (1ª parte). *Perspectivas Sistémicas*. Año 7, nº 34, 11-12.
 - . Inbar, J. (1995). Estrategias de intervención psicológica en situaciones de crisis masivas (2ª parte). *Perspectivas Sistémicas*. Año 8, nº 35, 13-14.
 - . Inbar, J. (1996). Psicoterapia de deudos de víctimas de catástrofes. *Perspectivas Sistémicas*. Año 9, nº 39, 12-13.
 - . Infante, F. (2001). La resiliencia como proceso: Una revisión de la literatura reciente. En A. Melillo y E.N. Suarez Ojeda, (compil.). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Capítulo 1, 31-55. Buenos

- Aires. Paidós.
- . Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: rebuilding shattered assumptions. En C. Figley (Eds.): *Trauma and its wake: the study and treatment of posttraumatic Stress Disorders*. New York.
 - . Janoff-Bulman, R. (1991). *Toward a general model of personal change*. Handbook of social and clinical psychology (pp. 488-507). Edit. C. R. Snyder Donelson y R. Forsyth. Pergamon Press.
 - . Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York. Free Press.
 - . Kalayjian, A. S. (1995). *Disaster & Mass Trauma*. New York. Vista Publishing.
 - . Kalayjian, A. S. (2003). Impacto Biopsicológico y Espiritual del Trauma en Masa. Conferencia presentada en el III Congreso Internacional de trauma Psíquico y Estrés traumático. Buenos Aires, Junio.
 - . Kardiner, A.; Spiegel, J. P. (1959). Traumatic Neurosis of War. En L. Arieti (ed.), *American Handbook of Psychiatry*. Nueva York. Basic Books.
 - . Kastenbaum, R. (1974). Disaster, Death and Human Ecology. *Omega*, 5, 65-72.
 - . Kessler, R. C. (1979). A strategy for studying differential vulnerability to the psychological consequences of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 100-108.
 - . Klinkert, M. P. (2002). *Resiliencia. La estimulación del niño para enfrentar desafíos*. Buenos Aires – México. Editorial Lumen Humanitas.
 - . Kobasa, S.; Maddi, S.; Cahn, S. (1982). Hardiness and Health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
 - . Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1998). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires. Paidós.
 - . Lagos, M. Y Kersner, D. (2001). Transmisión transgeneracional del trauma: Impacto psicosocial de la represión política y la impunidad en hijos de desaparecidos. Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial (EATIP). Trabajo presentado en el XXVI Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA.
 - . Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. España. Martínez Roca.
 - . Liria, A. F. y Vega, B. R. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo en situaciones de catástrofe, guerra o violencia política. Procesos de Duelo en Psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*. Vol. XIII, nº 49, 95-122.
 - . Lomranz, J. (1994). Long-Term adaptation to traumatic stress in light of adult development and aging perspectives. En *Stress and coping in later life families*. M. A. Parris, et al. (Eds.). Washington, D.C.: Hemisphere.
 - . MacCan, I. L. y Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, (1), 131-149.
 - . Macotinsky, G., Pachuck, C., Singer, D. (1997). La intervención en catástrofes sociales. Del horror...a la simbolización. *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y de Psicoterapia de Grupo*. 1, XX, 107-122.
 - . Maslach, C. (1982). Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. En W. S. Paine (Ed.) *Job stress and burnout: Research, theory and intervention perspectives* (pp. 29-40). California. Sage Publications.
 - . Maslach, C. y Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7, 63-74.
 - . Mehl, M. y Pennebaker, W. (2003). Relatar para sentirse mejor: la importancia de la palabra dicha y escrita tras haber vivido una experiencia traumática. En G. Perren-Klinger. *Debriefing. Modelos y Aplicaciones*. Institut Psychotrauma. Suiza. Gráficas Lizarra.
 - . Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with PTSD*. Waterloo, Canadá. Institute Press.
 - . Moreno, B.; Bustos, R.; Matallana, A. Y Millares, T. (1997). *La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso*. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid.
 - . Neimeyer, R. A.; Prigerson, H. G.; Davies, B. (2002). Duelo y Significado. Procesos de Duelo en Psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*. Vol. XIII, nº 49, 5-24.
 - . Péres Sales, P. y Vásquez Valverde, C. (2001). *Reconceptualizar la psicología del trauma desde los recursos positivos: apuntes para una visión alternativa*. II Congreso Virtual de Psiquiatría. 1 de Febrero – 7 de Marzo. Disponible en: <http://w.w.w.psiquiatria.com>
 - . Perren-Klinger, G. (2003). *Debriefing. Modelos y Aplicaciones*. Institut Psychotrauma. Suiza. Gráficas Lizarra.
 - . Puget, J. (1992). El psicoanalista en situaciones extremas. *Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo*. XV, 2, 191-208.
 - . Rachman, S. (1980). Emotional Processing. *Behavior Research and Therapy*, 18, 51-60.

- . Roca Perara, M. A. (2001). Un estudio del Síndrome de Burnout y su relación con el Sentido de Coherencia. *Revista Cubana de Psicología*, vol.18, nº 2.
- . Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14 (8), 626-631.
- . Sánchez-Barranco Ruiz, A.; Sánchez-Barranco Vallejo, P. (1999). Un modelo psicológico de intervención en crisis. *Psiquis*. 20 (2), 77-82.
- . Selye, H. (1980). The Stress Concept Today. En I. Kutash y L. B. Schlesinger, *Handbook of Stress and Anxiety*. San Francisco, Jossey-Bass.
- . Simon, J. D. (1997). Biological Terrorism: Preparing to Meet the Treat. *Journal of American Medical Association*, 278, 428-430.
- . Slaikeu, K. (1995). *Intervención en crisis*. México. El Manual Moderno.
- . Schulberg, H. C. (1974). Disaster, Crisis Theory and Intervention Strategies. *Omega*. 5, 77-87.
- . Sotolano, O. (2002). Catástrofes Sociales y Estructura Psíquica. En *Clínica Psicoanalítica ante las catástrofes sociales* (pp. 225-230). Buenos Aires. Paidós.
- . Tagle, S. (2000). La resiliencia: es la base de la prevención en salud mental?. En A. Grau Martínez et al., *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia*. Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- . Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1995). *Trauma and Transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA. Sage Publications.
- . Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- . Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1998). Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and research. *Journal of Social Issues*, 54, 357-371.
- . Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*. 148, 10-20.
- . Tierney, K. J. (1986). The Social and community contexts of disaster. En R. Gist and B. Lubin (Eds.). *Psychological aspects of disaster*. New York. John Wiley & Sons.
- . van der Kolk, B.A. y Mac Farlane, A.C. (1996). *Traumatic stress: The Effects of Overwhelming Experience on mind, and society*. New York: Guilford.
- . van der kolk, B. (2002). Trastorno por estrés postraumático y la naturaleza del trauma. *Revista de Psico-trauma para Iberoamérica*. Vol. 1, nº 1, 4-19.
- . Vanistendael, S. (1994). *La resiliencia: un concepto largo tiempo olvidado*. La infancia en el mundo. Órgano de difusión del BICE, vol. 5, nº 3.
- . Violanti, J. M. (2003). Influencia de las intervenciones patogénicas en el guión de vida. En G. Perren-Klinger. *Debriefing. Modelos y Aplicaciones*. Institut Psychotrauma. Suiza. Gráficas Lizarra.
- . Veith, I. (1965). *Hysteria: The History of a Disease*. University of Chicago Press. Chicago.
- . Wainstein, M. y Rodriguez Ceberio, M. (1995). El enigma del EMDR. *Entrevistas a Francine Shapiro. Perspectivas Sistémicas*. Año 8, nº 35, 3-5.
- . Williams, P.; Wiebe, D.; Smith, T. (1997). Coping processes as mediators of the relationship between hardiness and health. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 237-255.
- . Worden, J. W. (1991). *Grief counseling and grief therapy*. New York. Routhledge.