



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**MUERTE TRAU MÁTICAS:
DUELO, TRAUMA Y PSICOTERAPIA POSITIVA**

Tipo de trabajo: Monografía

Docente Tutora: Mag. Prof. Graciela Loarche

Octubre, 2016

Montevideo, Uruguay

Montes de Oca Francia, Solange Lilián

C.I 3.948.264-9

ÍNDICE

Índice

Resumen

Introducción.....	1
1.Consideraciones sobre la muerte, el dolor y la angustia.....	2
2.El duelo.....	3
2.1. Tipos de duelo.....	7
2.2. El proceso de duelo	9
3.Trauma.....	13
3.1. Reacciones ante los sucesos traumáticos.....	15
4.Muertes traumáticas.....	19
5.Apoyo a las víctimas de delitos violentos en Uruguay.....	21
6. La voz de los afectados.....	23
7.Tratamiento y acompañamiento en muertes traumáticas.....	30
7.1. Psicoterapia Positiva.....	30
8.Conclusiones.....	36
Referencias bibliográficas.....	41
Anexos.....	44

RESUMEN

Atravesar situaciones traumáticas, ocasionadas por la muerte por homicidio de un ser querido, coloca al ser humano frente a un enorme desafío, que cambiará radicalmente su visión del mundo y de sí mismo. Al tratarse de muertes trágicas, impactarán sobre la existencia de los deudos, quienes, deberán sortear diversas dificultades, poniendo a prueba, sus estrategias de afrontamiento y su propia resiliencia. El proceso de duelo se intensificará debido a las circunstancias de este tipo de muertes, presentando las características de un duelo complicado.

Resulta imprescindible para quienes aborden el trabajo terapéutico, con dichas personas, entender el proceso de duelo y las reacciones postraumáticas que se presenten como reacciones normales en situaciones no comunes.

En nuestro país existe la Asociación de Familiares y Víctimas de la Delincuencia (ASFAVIDE), que tiene entre sus objetivos, ayudar a los familiares de las víctimas, dando contención y asistencia psicológica y legal.

En esta asociación se realizaron entrevistas y se dialogó con una de las Psicólogas, obteniendo así, un mayor acercamiento a la problemática, y al abordaje terapéutico.

En este trabajo se aporta la visión del Psicoanálisis para comprender las características del duelo y la visión de la Psicología Positiva para el tratamiento y acompañamiento en muertes traumáticas.

Palabras clave: **Muerte traumática, duelo, Psicología Positiva.**

ABSTRACT

Having to overcome the homicide of a loved one faces the individual to an extremely hard challenge, which may in turn change one's concept of the world and oneself. Tragic deaths will have an impact on the victim's relatives, who will be put to the test concerning their resiliency and strategies to overcome extreme pain. The mourning process will be intensified by the circumstances that surround these kind of sudden deaths, and its characteristics may match the ones of a complex mourning.

It is therefore paramount for those therapists who must work with patients going through these processes, to understand the mourning process and the post trauma reactions, which may arise as expected ones in uncommon situations.

In our country, there is the Asociación de Familiares y Víctimas de la Delincuencia (ASFAVIDE) – Association of Relatives and Victims of Crime - which aims to help the victims' relatives by giving them support as well as psychological and legal assistance

Several interviews were conducted within this association. To have a deeper understanding of the underlying difficulties these traumatic experiences show and to learn more about the therapeutic scope used, one of the psychologists was interviewed.

In this piece of work, the understanding of the mourning process was done through Psychoanalysis whereas the therapy to be recommended and the follow up of the traumatic deaths was done through Positive Psychology.

Key words: **traumatic death, mourning, Positive Psychology**

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo es lograr profundizar acerca de la temática del duelo, considerando para ello, la visión aportada por el Psicoanálisis.

Posteriormente se realizó un estudio de los duelos complicados y las herramientas de afrontamiento en situaciones de muertes traumáticas.

Para el abordaje de la terapia postraumática, se estudió el enfoque de la Psicología Positiva.

Esta monografía se enfoca en el duelo y en el trauma, a partir de la muerte por homicidio de un ser querido.

La elección del tema corresponde, a que si bien el duelo es parte de la vida de todo ser humano y presenta una incidencia significativa en la consulta psicológica; en los casos en los que, se produce una muerte imprevista y traumática, el terapeuta deberá buscar las posibilidades de acompañar el proceso del duelo y de las reacciones postraumáticas, a través de herramientas capaces de aliviar el desconsuelo.

Como partícipes de una sociedad con grandes cambios, en la que se dan situaciones de violencia, en algunas de ellas, hay familias que pierden en un instante a un ser querido, familias que quedan destrozadas y que muchas veces se encuentran vulnerables ante una situación altamente traumática, atravesando a partir de ese momento por un cambio radical en sus vidas.

Algunos seres humanos a pesar de haber vivido una situación traumática logran salir adelante debido a su resiliencia, recuperándose de las circunstancias vividas, de la pérdida y del sufrimiento, sin la necesidad de recurrir a una ayuda terapéutica.

Otros, frente a la experiencia traumática, necesitan de ayuda para salir de la misma, continuar con sus vidas y poder visualizar otros horizontes, otras posibilidades, obteniendo así, del dolor la fortaleza suficiente, para crearse nuevas oportunidades y superarse como personas.

La muerte de un ser querido puede ocasionar mucho dolor, el deudo pasará por un proceso de duelo, el cual tendrá sus variaciones, que dependerán entre otras, de las circunstancias de la muerte, pero... **¿qué sucede en el caso de la muerte de un familiar a causa de un homicidio?**

1. Consideraciones sobre la muerte, el dolor y la angustia

Como sostiene Alizade (1996) muerte y vida conforman un par dialéctico, que se vincula e interactúa entre sí. Y es así que, al indicar que hubo una muerte se hace referencia al cese de una vida. Hay muertes constantes durante la vida, el cuerpo es testigo y sede de esas “pequeñas muertes” aunque no haya conciencia de ello, diariamente mueren miles de células y nacen otras; hay otras muertes, las simbólicas y las que promueven cambios. No se puede precisar qué es en realidad la muerte, sólo se la puede evocar a través de la representación que la misma deja en los sujetos que han sufrido pérdidas.

En este mismo sentido, Le Guen (1992, en Alizade, 1996) plantea que la muerte es irrepresentable porque no proviene de la propia experiencia, sino de la percepción que tenemos sobre otro, y es así que se puede manifestar que hay representaciones acerca de la muerte, pero no de la muerte como tal.

Desde la antigüedad el ser humano ha tratado de acercarse a la temática de la muerte. La misma tiene una ausencia –simbolizada en la pérdida per se- y una presencia escenificada en cada rito, que alude a lo impuesto culturalmente y que marca a su vez un determinado momento histórico. Se ha buscado entender a la muerte a través de una mirada trascendental y desde una visión mundana; aunque quizás, nadie esté ajeno a su huella más notoria: el dolor.

El dolor es un afecto, que denota el estado de conmoción pulsional y que es causado por el quiebre del vínculo que nos unía al “otro” elegido; a su vez el dolor es un síntoma y como tal, es la expresión de una pulsión inconsciente y reprimida. El yo concentra sus fuerzas en la representación psíquica del amado perdido y al mantener viva la imagen del desaparecido, el yo se confunde con la misma. La reacción frente a la pérdida, sigue dos movimientos: uno de desinvestidura del yo- que lo vacía en energía- y otro de sobreinvestidura, al concentrarse la energía psíquica en la imagen del objeto perdido(Nasio,1999).

Continuando con la visión de este autor, se puede descomponer al dolor en su complejo proceso, este comprendería tres tiempos; un comienzo marcado por la ruptura, luego la conmoción psíquica que genera esa ruptura, culminando con la reacción defensiva del yo para protegerse de dicha conmoción.

El dolor hace referencia a un desajuste de la vida psíquica, expresando por parte del yo una autopercepción de la tensión descontrolada presente en el psiquismo. Mientras que el displacer expresa un aumento de la tensión pulsional, el dolor en cambio, pone de

manifiesto el desarreglo de la vida psíquica, por lo tanto, el dolor no sigue las leyes del principio del placer.

Este principio, al decir de Freud, gobierna el funcionamiento mental. Es considerado un principio económico y es entendido como la finalidad que tiene en su conjunto la actividad psíquica, evitando el displacer –por el aumento de excitación- y procurando el placer (Laplanche y Pontalis, 1996).

Por otro lado, Freud (1926[1925]/1986) efectúa una diferenciación entre el dolor y la angustia; el primero es considerado como una reacción ante la pérdida del objeto, en cambio, la angustia es la reacción ante la posibilidad de perder el objeto, es decir, ante la eventual pérdida del mismo.

Nasio (1999) concuerda con las definiciones freudianas y argumenta que el dolor psíquico es una reacción, siendo el afecto que indica, la lucha del yo ante la conmoción provocada por la pérdida. Según señala dicho autor, la experiencia ejemplar para comprender los mecanismos del dolor mental es el duelo.

2. El duelo

Freud en *Duelo y Melancolía* (1917/1986) plantea que el duelo es la reacción frente a la pérdida de una persona amada, siendo a su vez considerado como un afecto normal. Ante la influencia del examen de la realidad, se produce la exigencia de la separación del objeto, y es así que el duelo una vez generado conlleva un trabajo, el de retirar del objeto la investidura elevada contenida en el mismo. Se entiende entonces, que el trabajo del duelo consiste en romper el lazo que el doliente tiene con el objeto perdido.

Para Paciuik (1998) el duelo hace referencia a la experiencia del doliente y es considerado como una reacción motivada por la muerte, aunque el duelo no es exclusivo de ese tipo de experiencia, sino que incluye otras como, por ejemplo: la pérdida de valores y la caída de ideales.

Por otro lado, Bowlby (1993) afirma que el término duelo se lo utiliza para hacer mención a todos los procesos psicológicos, conscientes e inconscientes provocados y activados por una pérdida.

Alizade (1996) expresa que el duelo, al ser una experiencia de pérdida, ocasiona dolor. El duelo no significa olvido porque, en definitiva, el muerto como tal quedaría ubicado

intrapínicamente en un lugar inolvidable. Asimismo, esta autora sostiene que la elaboración del duelo -considerándolo desde la visión psicoanalítica- involucraría la decatectización de las huellas mnémicas.

Laplanche y Pontalis (1996) hacen referencia a la catexis como un concepto económico, que hace que cierta energía psíquica se encuentre asociada a una representación o grupo de representaciones. Y es así que, en el duelo, existe una sobrecatexis del objeto perdido y esto es evidenciado en el daño observado en la vida de relación del doliente.

Todos los que han examinado la naturaleza de los procesos que intervienen en el duelo sano concuerdan en que provocan, por lo menos en cierta medida, un retiro de la catexia emotiva de la persona perdida y pueden preparar el camino para una relación con otra persona. Sin embargo, el modo en que concebimos el logro de este cambio depende de nuestra manera de conceptualizar los vínculos afectivos (Bowlby, 1993, p. 48).

Al entender de Nasio (1999) el duelo considerado como un trabajo, admitiría el considerar la pérdida luego de un prolongado período de elaboración, y no en el tiempo real de la muerte del ser querido. Por otro lado, si el trabajo de desinvertidura del objeto no se realiza, la persona quedaría paralizada en un estado de duelo crónico, estado que puede prolongarse de manera indeterminada.

Podría sostenerse dentro de la visión psicoanalítica la existencia de dos posturas en relación al duelo; una de ellas lo considera como un trabajo de adaptación a la realidad, que involucraría la aceptación de la pérdida y la posibilidad de reemplazar al objeto perdido, la ambivalencia subyacente hacia el objeto, desencadenaría que éste se convierta en perseguidor, y al establecerse una identificación con el objeto perdido provocaría salidas patológicas: depresión, melancolía. La otra postura concibe al duelo como proceso, integrando maneras normales y patológicas dentro del duelo "normal", desde esta óptica se entiende, que puede existir un pasaje de la relación del objeto parcial a la relación de objeto total, es decir, se concibe la reparación y recreación de dicho objeto, poniendo énfasis entonces, en la capacidad de transformación que tiene el sujeto y en la impronta personal con respecto al duelo (Paciuk, 1998).

Allouch (2006) efectúa un recorrido sobre las producciones en relación al duelo según la visión psicoanalítica. En su texto "Duelo y Melancolía" Freud señala que el duelo implica un trabajo, el mismo consiste en la desinvertidura del objeto perdido y la sobreinvertidura en un objeto nuevo. Por lo tanto, según la versión freudiana la noción de objeto sustituido sería la característica esencial producto del trabajo de duelo, la libido se desplazaría a otro objeto

lo que marcaría el cese del duelo. En cambio, en la melancolía la libido no se vuelca en otro objeto, sino que se retira sobre el yo, lo que ocasiona, en definitiva, una identificación del yo con el objeto resignado. A nivel psíquico, el objeto puede continuar “existiendo” por un tiempo en el duelo normal y de forma indefinida en el duelo patológico (duelo obsesivo y melancolía).

Freud replantea el nexo entre duelo (pérdida del objeto externo) y melancolía, en la que se establece, a causa de la ambivalencia, un vínculo anormal y persecuidor con un objeto interno. Después Abraham discernió que duelo y melancolía forman parte del mismo fenómeno y Klein definió la importancia de un equilibrio: la melancolía tendía más al odio que al amor; el duelo, más al amor que al odio (Hinshelwood, 1989, p.187).

Freud (1917/1986) realiza una diferenciación entre la melancolía y el duelo diciendo:

La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones (...) el duelo muestra los mismos rasgos, excepto uno; falta en él la perturbación del sentimiento de sí (p. 242).

Y es así que Freud (1917/1986) sostiene que, en el duelo, la inhibición y la falta de interés son debidas al trabajo que debe realizar el yo, producto del trabajo del duelo; en cambio, en la melancolía existe un empobrecimiento del yo, a causa de una rebaja del sentimiento yoico.

Paciuk (1998) señala que Freud sostuvo que en el duelo se evidencia el dolor tras la pérdida, en cambio, en la melancolía se produce la identificación del sujeto con el objeto perdido, de ahí que ésta, contenga una mayor complejidad que el duelo. En la melancolía la autoagresión del sujeto, en realidad encubre una agresión dirigida hacia el objeto perdido.

Por otro lado, Green (1982/1999) realiza un recorrido por las posturas freudianas en relación a la melancolía; indicando que en un primer momento Freud- en su texto *Duelo y Melancolía*-, consideraba a la melancolía desde una fijación libidinal, que establecía que el melancólico permaneciera fijado en la fase oral-canibálica: lo que hacía que la ambivalencia y el sadismo oral se enfocaran principalmente en la destrucción del objeto, lo que en daba cuenta de la prevalencia de la libido narcisista y objetal. Posteriormente la melancolía se nombra de otra forma- en el texto *el yo y el ello*- siendo objeto de la pulsión de muerte: la melancolía daría cuenta de la escisión del yo; el objeto perdido es identificado por una parte del yo, conservando la otra parte su condición. La identificación por una parte del yo, provoca que éste se desvalore, y es así que, los autorreproches dirigidos hacia el yo, dejan en

evidencia el deseo de maltratar al objeto, que alude a los deseos sádicos reprimidos en el pasado.

Para Abraham y Torok (2005) el trauma de la pérdida del objeto, provoca que éste sea incorporado, por lo cual, el yo se identifica de manera parcial con el objeto perdido; la incorporación del objeto, así como la elaboración de la ruptura, forman parte de un proceso con dos vertientes: oral-canibalística y anal-expulsiva.

Según Bowlby (1993) la pérdida de la persona amada ocasiona un intenso deseo de reencontrarse con ella, existiendo a su vez, sentimientos de ira por su alejamiento, posteriormente, la persona llega a cierto grado de desapego; en concordancia con lo anterior explicitado, puede existir un pedido de ayuda, pero también un rechazo a quienes acuden a brindarla.

Para poder entender el impacto ocasionado por pérdidas en el comportamiento humano el psiquiatra británico John Bowlby ha desarrollado la teoría del apego incluyendo datos desde la etología, la teoría del control, la psicología cognitiva, la neuropsicología y la biología evolutiva. Los seres humanos presentan una tendencia a establecer fuertes lazos emocionales con otras personas, siendo el apego considerado como una necesidad de protección y de seguridad. Los apegos se desarrollan a una edad temprana y hacia algunas personas determinadas; es parte de una conducta normal el establecer esos apegos tanto en niños como en adultos (Worden, 2010).

La teoría del apego, desarrollada inicialmente por Bowlby, hoy es utilizada por psicólogos de diversas orientaciones (psicoanalíticos, cognitivistas-conductuales, estratégicos), así como por sociólogos, antropólogos, biólogos, etc. Es una teoría básica no sólo en el ámbito del duelo y los duelos, sino en buena parte de la psicopatología y la psicología evolutiva (Tizón, 2013, p.65).

La teoría del apego está basada en la tríada de la pérdida afectiva: protesta, desesperanza y desapego. Bowlby estableció a partir de dicha teoría su modelo de las cuatro fases del duelo: 1. Impacto, obnubilación; 2. Protesta, anhelo y búsqueda; 3. Desorganización y desespero; 4. Reorganización. Lo importante de esta teoría es la observación de que los comportamientos infantiles ante la pérdida también van a expresarse en los duelos en cualquier etapa de la vida. La fase cuatro del duelo puede manifestarse a través de expresiones de recuperación o de conductas más cercanas a la psicopatologización del duelo (Tizón, 2013).

2.1 Tipos de duelo

Como se indicó anteriormente, para Freud el duelo es provocado por la pérdida del objeto, y es entendido por el trabajo de recomposición que continúa, éste trabajo es un proceso, que implica el desinvertimiento del objeto y el reinvertimiento en otro objeto. En el duelo normal se puede vislumbrar la identificación del sujeto con el objeto perdido: el sujeto sigue el destino del muerto y, por lo tanto, de alguna forma abandona también su propia vida; en la melancolía el sujeto se identifica con el objeto en tanto muerto. En contraposición, Klein advierte en el duelo la conmoción dada a toda la vida del sujeto, según esta autora no se trata de admitir la pérdida, sino de centrarse en la relación del sujeto con el objeto, tendiendo así, a un proceso que aspire a la modificación del sujeto y del objeto; es decir, dar lugar al reconocimiento del sujeto con el objeto no sólo con lo mortificado del objeto sino también con lo vivido de ese objeto (Paciuk, 1998).

Green (1980/1999) sostiene que, en la estructuración del psiquismo humano, la pérdida del objeto inaugura una relación nueva con la realidad. El principio de realidad subsiguientemente prevalece sobre el principio del placer, preservándolo en consecuencia. El concepto teórico y hecho de observación en Melanie Klein y Winnicott que adquiere relevancia -por su estudio en cuanto a la noción de duelo- es el concepto de posición depresiva.

Klein (1940 /1990) plantea la existencia de un vínculo entre el juicio de la realidad en el duelo normal y los procesos mentales tempranos, el niño pasa por estados mentales similares al duelo del adulto, y es así que al experimentar algo penoso, se actualizan los duelos manifestados en la infancia. Esta autora expresa que el método para la salida satisfactoria de los estados de duelo en el niño, es el juicio de la realidad; coincidiendo con Freud, en que este proceso -en el que está implicado el principio de realidad- es parte del trabajo de duelo.

Además, Klein (1940/1990) sostiene que existe una relación entre la posición depresiva infantil y el duelo normal. Cuando un sujeto está en duelo, se reactivan las fantasías inconscientes de haber perdido también los objetos "buenos" internos, lo que causaría un incremento en el penar por la pérdida de la persona amada. Esta autora concuerda con Freud y Abraham, al sostener que el sujeto en duelo, reinstala en el yo, el objeto perdido, aportando también otra perspectiva: Klein argumenta que el sujeto reinstala sus objetos buenos internalizados- a sus padres- que conformaron en las fases tempranas del desarrollo, parte de su mundo interno. Por lo tanto, al experimentar una experiencia de pérdida, se reanima la posición depresiva infantil (las ansiedades- culpa, sentimiento de pérdida y dolor en relación

al pecho materno) así como también, la situación edípica. Junto a todas las emociones mencionadas, se incluye un temor persecutorio frente al castigo, por parte de los padres temidos.

Una de las principales aportaciones de Klein radica en su insistencia acerca de que cada duelo reaviva la ambivalencia “residual”, nunca completamente elaborada, con respecto a nuestro objeto primigenio, con respecto a nuestra madre o sustituto más permanente. Es esa reviviscencia de la ambivalencia la que hace el duelo más penoso y duradero, pero también lo que le confiere mayores capacidades creativas, ya que elaborar un duelo importante implica al tiempo elaborar también, al menos, algo más, los duelos primigenios, nuestras formas de separarnos de nuestros objetos primordiales (Klein, 1940, en Tizón, 2013, p.58).

Por otra parte, Horowitz (1980, en Worden, 2010) plantea que el duelo complicado ha recibido varias etiquetas: llamándolo patológico, complicado, crónico, retrasado o exagerado. El duelo complicado es aquel en el cual, el sujeto se siente desbordado producto de la intensificación del duelo, llevando a la persona al despliegue de conductas desadaptativas que impiden la resolución o el proceso del duelo. Se puede establecer en la actualidad que las reacciones normales y anormales presentan una relación más cercana y que la patología no es inherente a una conducta en particular, sino que hace referencia a la intensidad o a la duración de una reacción.

Según expresa Worden (2010) se puede clasificar al duelo complicado en: duelo crónico, duelo retrasado, duelo exagerado, y duelo enmascarado.

Duelo crónico:

Este tipo de duelo complicado se caracteriza por su duración y porque no concluye de manera satisfactoria siendo la persona consciente de la situación, por lo que el diagnóstico resulta más fácil de realizar.

Duelo retrasado:

En general, se considera que la falta de apoyo social en el momento de la pérdida es un factor que posibilita la existencia de este tipo de duelo. Aunque la persona haya tenido alguna reacción emocional en el instante de la pérdida, la misma no fue suficiente, por lo que posteriormente pueden surgir síntomas del duelo en relación a una pérdida ulterior e inmediata, la intensidad del duelo parece excesiva. A veces lo que desencadena este tipo de duelo no tiene que ver con una pérdida subsiguiente, sino que se puede producir por otros factores: al ver una película, al encontrarse con alguien en situación de duelo, o al escuchar

sobre un evento relacionado a una pérdida. Bowlby (1980) considera que la tendencia de que una pérdida actual remueva pérdidas anteriores, tiene que ver con que la figura perdida ocasiona que la persona busque consuelo en una figura de apego más temprano, pero cuando ésta última no está viva, el dolor por esa pérdida se reactiva (Worden, 2010).

Duelo exagerado:

En este tipo de duelo las personas son conscientes de que los síntomas y las conductas desadaptativas que manifiestan están en relación con la pérdida sufrida, por eso, es habitual que busquen terapia para lograr superar la experiencia incapacitante por la que atraviesan. Se puede dar con frecuencia la presencia de una depresión y la necesidad de ayuda farmacológica. Además, es común a este tipo de duelo la intensificación de los sentimientos de desesperanza, pudiéndose convertir en desesperación irracional (Worden, 2010).

Duelo enmascarado o reprimido:

A diferencia del duelo enmascarado, las personas que presentan este tipo de duelo no son conscientes de que los síntomas y conductas desadaptativas por las que atraviesan son manifestaciones de la pérdida que han atravesado. Según Parkes se puede dar la ocurrencia de síntomas físicos cuya manifestación es semejante a los síntomas afectivos por los que cursa el duelo (Worden, 2010).

2.2 El proceso de duelo

El proceso de duelo se ha descrito comúnmente en función de etapas, fases y tareas. Una de las representantes en concebir el proceso de duelo en etapas, es la doctora Elisabeth Kübler-Ross, describiendo las etapas del duelo en su libro “*Sobre la muerte y los moribundos*” publicado en 1969; cuyo primer cometido era entender las etapas que atravesaban las personas al morir, aunque posteriormente se extendió su uso para comprender el proceso de duelo que atraviesan los deudos. Sin embargo, la dificultad que presenta para entender este último radica en que las personas necesariamente no cumplen las etapas en función de un proceso continuo (Worden, 2010).

Según señala Worden (2010) el enfoque del proceso de duelo a través de fases fue descrito por Parkes, Bowlby, Sanders y otros.

Y es así que Bowlby (1993) describe una secuencia de cuatro fases por las que atraviesan los individuos en transcurso de semanas y meses tras la pérdida de un familiar cercano; dichas fases son las siguientes:

- Fase de insensibilidad, que generalmente tiene una duración desde algunas horas hasta una semana y que puede alternar con periodos de aflicción y/o rabia de carácter intenso.
- Fase de anhelo y de búsqueda de la figura perdida, la cual puede durar varios meses e incluso años.
- Fase de desorganización y desesperanza.
- Fase de reorganización con diferentes grados de cumplimiento.

Teniendo en cuenta el concepto de Freud sobre el trabajo que implica el duelo, al requerir un esfuerzo que lleva implícito una participación activa de la persona, es que se ha propuesto considerar el proceso del duelo a través del cumplimiento de tareas. En las mismas se tiene en cuenta las influencias provenientes desde el exterior a través de intervenciones. La adaptación a la pérdida: el duelo, consta de cuatro tareas que no siguen una resolución determinada, aunque en sus definiciones se sugiere un orden específico; por ejemplo; si no hay una aceptación de la pérdida no es posible controlar el impacto emocional que conlleva la misma (Worden, 2010).

Y es así que según Worden (2010) las tareas a cumplir en el proceso del duelo son las siguientes:

Tarea I: aceptar la realidad de la pérdida

Aún en los casos, en los que la muerte es esperada, se manifiesta cierta sensación de incredulidad, por lo que es primordial afrontar la realidad de que la persona está muerta y que el reencuentro con ella no es posible, asumir esto último es parte de la aceptación de la pérdida. El cumplimiento de esta tarea se relaciona con lo propuesto por Bowlby y Parkes en relación a la conducta de búsqueda, por ejemplo, cuando una persona querida muere, el deudo muchas veces la seguirá llamando en voz alta o puede confundírsela con otra persona en la calle. Según Dorpat (1973; citado en Worden, 2010) algunas personas al no aceptar la realidad de la pérdida se quedan bloqueadas en esta tarea, por lo que recurren a algún tipo de negación de la realidad.

Cuando lo negado es el significado de la pérdida y no la pérdida en sí se constata que:

(...) la pérdida se puede ver como menos significativa de lo que realmente es. Es normal oír afirmaciones como: <no era un buen padre>, <no estábamos tan unidos> o <no le echo de menos>. Algunas personas se deshacen de las ropas y otros artículos personales que les recuerdan al fallecido (...) es como si los supervivientes se protegieran mediante la ausencia de objetos que les hagan afrontar cara a cara la realidad de la pérdida (Worden, 2010, pp.48-49).

Este autor también afirma que este tipo de negación-de significado de la pérdida-puede darse a través de los olvidos selectivos, por ejemplo, cuando no es posible recordar después de algunos años la imagen de la persona fallecida.

Llegar a aceptar la realidad de la pérdida lleva tiempo porque implica no sólo una aceptación intelectual sino también emocional. (...) La persona en duelo puede ser intelectualmente consciente de la finalidad de la pérdida mucho antes de que las emociones le permitan aceptar plenamente la información como verdadera (Worden,2010, p.50).

Poder resolver esta tarea de forma satisfactoria lleva tiempo. Los rituales como el funeral colaboran con la aceptación de la pérdida, aunque es más difícil en los casos de muertes súbitas, y en particular, en los casos en los que el deudo no logra ver el cuerpo del fallecido, por lo que la incredulidad se acrecienta y obstaculiza para la consecución de la tarea (Worden, 2010).

Tarea II: trabajar las emociones y el dolor de la pérdida

Según Rubin (1990, en Worden, 2010) en general las personas que pierden a un ser querido no se encuentran capacitadas para afrontar las emociones que surgen ante la pérdida. Cuando se niega esta segunda tarea, se pueden bloquear los sentimientos o pensar en recuerdos agradables del fallecido, como una forma de protegerse frente a los pensamientos dolorosos. Por eso, es preciso reconocer y trabajar el dolor para que no se derive en síntomas o conductas disfuncionales (Worden, 2010).

Tarea III: adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente

Existen tres áreas de adaptación que se deben abordar tras la pérdida de un ser querido. Estas áreas son: 1) las *adaptaciones externas*, es decir, cómo influye la muerte en

la actuación cotidiana de la persona; 2) las *adaptaciones internas*, es decir, cómo influye la muerte en la imagen que la persona tiene de sí misma; y 3) las *adaptaciones espirituales*, es decir, cómo influye la muerte en las creencias, los valores y los supuestos sobre el mundo que abriga la persona (Worden, 2010, p.53).

En las muertes súbitas el área en general más afectada es el área de las adaptaciones espirituales. Janoff-Bulman (1992, en Worden 2010, p.56) ha identificado tres supuestos básicos que la muerte de un ser querido suele poner en duda: 1) que el mundo es un lugar benévolo; 2) que el mundo tiene sentido; y 3) que la persona misma es importante.

Tarea IV: recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo

Esta tarea supone que la persona afectada pueda vincularse al difunto desde un lugar que le permita continuar con su vida.

(...) la cuarta tarea se entorpece manteniendo el apego del pasado en vez de continuar formando otros nuevos. Algunas personas encuentran la pérdida tan dolorosa que hacen un pacto consigo mismas de no volver a querer nunca más (...) para muchas personas la tarea IV es la más difícil de completar. Se quedan bloqueadas en este punto y más tarde se dan cuenta de que su vida, en cierta manera, se detuvo cuando se produjo la pérdida (Worden, 2010, p. 59).

3. Trauma

Según sostiene Echeburúa (2012) un trauma es el resultado de un evento imprevisto y negativo; ocasionando un intenso malestar e induciendo al desborde a quien lo padece, por lo tanto, la persona se vuelve incapacitada para hacer frente a la situación acaecida. Pueden darse frecuentemente la aparición de emociones negativas como, por ejemplo: odio y rencor. Las consecuencias de un trauma, pueden afectar tanto el presente como el futuro de la persona que lo padece, esto es debido a que la situación traumática genera un estado de indefensión en el sujeto, por lo cual, de forma frecuente, las esperanzas se encuentran franqueadas, impidiendo la consecución y ejecución de decisiones para regir la propia vida.

Se habla de trauma como el choque emocional producido por una experiencia violenta y que deja una impresión duradera. Se caracteriza porque: 1. Existe uno o varios hechos impactantes que representan un estrés negativo extremo. 2. Produce un gran sentimiento de desamparo, de impotencia, de estar a merced de otros. 3. Supone una ruptura en la propia existencia, una pérdida de la seguridad. Sin embargo, este concepto de trauma tiene también una variabilidad cultural (Beristain, 2004).

Por otro lado Benyakar y Lezica (2005) proponen denominar a lo fáctico desestabilizante como situación disruptiva, a lo intrasubjetivo como vivencia y al encuentro de ambos ,como experiencia. No sólo basta en el campo de lo traumático con la exposición del sujeto a un evento determinado, sino que se incluyen también disfunciones parecidas que no tienen un registro en lo fáctico, es decir, no se detecta un hecho o realidad objetiva que las provoque.

Definimos lo “externo objetivo”, como diría Freud, por sus cualidades inherentes, y lo denominamos “fáctico”. Por su origen hablamos de lo fáctico externo e interno y, por el tipo de desafío que le presenta al psiquismo, de lo fáctico problemático y de lo fáctico disruptivo. Al aspecto intrasubjetivo aportado por cada sujeto, a cada encuentro con lo externo y que le otorga su significado personal, y al concomitante resultado psíquico de este encuentro que a su vez otorgará singularidad al próximo encuentro sujeto-fáctico, lo llamamos “vivencia”. A la modalidad singular de procesamiento de las vivencias la denominamos “vivenciar”. Finalmente, al encuentro entre el psiquismo y lo fáctico lo llamamos “experiencia” (Benyakar y Lezica, 2006, p.12).

Según Benyakar; Benyakar y Knafo (2003; 2004, en Benyakar y Lezica, 2005) el significado etimológico de trauma- proveniente del griego- es “herida”. Desde la psiquiatría se

considera al trauma como la herida que produce una ruptura en el funcionamiento mental; con el pasaje de los años, se ha considerado no como “herida psíquica” sino que cada vez es más frecuente hacer mención al evento que la provoca, por lo que se habla particularmente de un evento o suceso traumático.

Un suceso traumático es un evento de carácter negativo intenso, que se produce de manera violenta, que es inesperado e incontrolable y que presenta consecuencias fatales para la víctima, colocándola en peligro en relación a su integridad física o psicológica (Echeburúa, 2012).

Los hechos traumáticos son experiencias que parten del supuesto de ser incomunicables, inexplicables e incomprensibles (Pérez-Sales, 2006).

Se distinguen tradicionalmente la presencia de varias fases por las que cursa el daño psicológico; en primer lugar, puede surgir una reacción de temor, confusión de la conciencia, registrándose un estado general de abatimiento, lo que se manifiesta en la pobreza de las reacciones y con pensamientos caracterizados de incredulidad. En una segunda fase, los síntomas de embotamiento global disminuyen en calidad, aunque todavía persisten, en esta fase lo que se destaca habitualmente es la presencia más acusada de dolor, impotencia, rabia, culpa, miedo e indignación. En último lugar, se vislumbra una predisposición a revivir el suceso, lo cual puede darse espontáneamente o a través de la asociación de un estímulo vinculado al evento, como por ejemplo al ver una película violenta (Echeburúa, 2012).

Además, es importante destacar que los hechos traumáticos van a actuar como elementos cuestionadores de la visión que tengan los sujetos del mundo y de sí mismos. Lo anterior hace referencia a la repercusión que tienen los sucesos traumáticos sobre la identidad: algunas personas se definirán a partir de la experiencia vivida como víctimas o como supervivientes (Pérez-Sales, 2006).

Posteriormente el autor amplía la definición indicando que:

La respuesta del ser humano ante experiencias extremas es multidimensional. No podemos pensar a las personas y sus respuestas como dicotómicas, o sea fuertes o débiles, resistentes o vulnerables, víctimas o sobrevivientes, sino que dispone de un abanico de respuestas (Pérez-Sales, 2014, en Loarche, 2015, p. 17).

3.1 Reacciones ante los sucesos traumáticos

Las personas que atraviesan un suceso traumático suelen presentar diferentes reacciones ante el mismo. Desde la Psicología tradicional se ha entendido que los sujetos que han atravesado una experiencia traumática desarrollarán eventualmente un trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Vera, Carbelo y Vecina, 2006).

Dicho trastorno está caracterizado por la presencia de varios síntomas, entre ellos se destacan: intrusión de pensamientos y sentimientos, evitación y embotamiento afectivo e hiperexcitación. Cuando los síntomas persisten por al menos un mes es cuando se diagnostica el TEPT, aunque suele ser detectado al poco tiempo de los eventos traumáticos. El TEPT conlleva angustia y disfunción en los sujetos que lo padecen, en los que predomina la desesperación y el desaliento, alternando episodios de insomnio, sobresalto y tensión (Shalev, 2000).

La depresión mayor después del TEPT es el trastorno más frecuente en los sobrevivientes del trauma, aunque pueden presentarse en forma conjunta ambos trastornos, también puede presentarse de forma aislada. La probabilidad de que la depresión mayor se haga crónica aumenta si se da la existencia de síntomas depresivos en las primeras etapas del TEPT. Si coexisten ambos trastornos se considera que la gravedad es considerablemente superior, en el TEPT, la ansiedad y la depresión son indicadores de posibles intentos de suicidio (Shalev, 2000).

Por otro lado, Beristain (2004) considera que, aunque son frecuentes los síntomas intrusivos, de evitación y de alerta cuando las personas son afectadas por un suceso traumático, hay otros aspectos de relevancia y que se producen con frecuencia: reacciones de culpabilidad y cambios en la autoestima.

Es natural concebir a la persona que sufre una experiencia traumática como una víctima que potencialmente desarrollará una patología. Sin embargo, desde modelos más optimistas, se entiende que la persona es activa y fuerte, con una capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de las adversidades. Esta concepción se enmarca dentro de la Psicología Positiva que busca comprender los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser humano (Vera et. al., 2006, p.40).

En este mismo sentido, Echeburúa (2012) sostiene que el ser humano para hacer frente al estrés se sirve de diversas habilidades de supervivencia, las cuales dependerán de varios aspectos como, por ejemplo: del nivel intelectual, del grado de autoestima y del apoyo

social recibido, entre otros. Actualmente las habilidades de supervivencia se denominan estrategias de afrontamiento.

El afrontamiento incluye tanto pensamientos y emociones como conductas de resolución de problemas. La gente puede tratar de enfrentar los problemas pensando en planes para solucionarlo, minimizarlo o buscarle significado, etc. A escala emocional, las personas pueden compartir sus experiencias, relajarse, suprimir los sentimientos, etc. El afrontamiento conductual se refiere a lo que la gente hace para enfrentar el problema, como la búsqueda de información o apoyo material, la pasividad, etc. Estas tres categorías son complementarias (Beristain, 2004, p.118).

Existen varias respuestas de afrontamiento, las principales parecen ser de evitación y de aproximación (Roth y Cohen, 1986; en Rodríguez- Marín, Pastor y López-Roig, 1993). Se puede hacer mención a dos maneras generales de respuesta de afrontamiento: aproximativo y evitativo. El primero de ellos alude a todas las estrategias cognitivas o comportamentales que aproximan al problema que está generando el estrés, o a las emociones negativas relacionadas. En cambio, el afrontamiento evitativo hace mención a las estrategias que posibilitan evadir la consideración del problema o evitar las emociones negativas afines. Es importante destacar que ambos tipos de estrategias no son excluyentes y presentan un valor adaptativo (Rodríguez-Marín et al., 1993)

“La rumiación, el bloqueo y el olvido forman parte de las manifestaciones de las estrategias de afrontamiento” (Loarche, 2015, p.22).

La rumiación es un modo de afrontamiento, caracterizado como un pensamiento dotado de repetición y de pasividad, y que ocurre cuando las personas no pueden encontrar un relato que les otorgue significado a la experiencia traumática (Nolen-Hoeksema, 2004 en Loarche, 2015).

Según lo indicado por Lazarus y Folkman (1980, en Rodríguez-Marín et al., 1993) en las situaciones estresantes las formas de afrontamiento pueden estar centradas en el problema o centradas en la emoción. Ambas estrategias son utilizadas para poder controlar la situación.

Es por eso que Lazarus y Folkman (1984) consideran que el afrontamiento alude a los cambios producidos en el comportamiento de las personas para lograr adaptarse a las demandas externas o internas. Dichos cambios son producto de las emociones que preparan para la acción (Palmero y Fernández -Abascal ,1999).

Todas las emociones son impulsos para actuar (...) La raíz de la palabra emoción es *motere*, el verbo latino <mover>, además del prefijo <e>, que implica alejarse, lo que sugiere que en toda emoción hay implícita una tendencia a actuar (Goleman, 1995, p. 24). Las emociones tanto negativas (como, por ejemplo: miedo, ira y tristeza) como positivas (alegría, esperanza, satisfacción, etc.) presentan un gran valor adaptativo y se revelan a través de la expresión facial, de la experiencia subjetiva, de las manifestaciones fisiológicas, etc. (Vecina, 2006)

Las emociones negativas facilitan el pensamiento crítico y defensivo; mientras que las emociones positivas vehiculizan el pensamiento creativo, la paciencia, la tolerancia, la comprensión y el entendimiento de las cosas y repercuten tanto en el crecimiento como en el desarrollo personal del individuo (Loarche, 2015, p. 27).

Seligman (2002) clasifica las emociones positivas en tres categorías: las relacionadas con el pasado, las relacionadas con el presente y las relacionadas con el futuro. Las emociones positivas relacionadas con el futuro incluyen: el optimismo, la esperanza, la seguridad, la fe y la confianza. Las principales emociones positivas relacionadas con el pasado son: la satisfacción, la realización personal, el orgullo y la serenidad. Hay dos clases diferentes de emociones positivas relacionadas al presente: los placeres, que son momentáneos y las gratificaciones que son duraderas (Carr, 2007, p. 24)

Las emociones positivas posibilitan una mayor resistencia en las personas cuando se enfrentan a circunstancias adversas, así como también, favorecen la construcción de la resiliencia (Aspinwal, 2001; Carver; 1998; Lazarus, 1993; Lyubomirsky, King y Diener, 2005; en Vecina, 2006).

La palabra resiliencia es proveniente del campo de la física de los materiales y hace referencia a la resistencia y a la recuperación del estado inicial en los metales. Se desprende del verbo *resilio* que en latín alude a rebotar, dar un salto hacia atrás (Zukerfeld y Zonis Zukerfeld, 2006).

Según Cyrulnik (2003) se puede hacer mención al término resiliencia cuando un sujeto ha sufrido un trauma con posterior recuperación.

Los antecedentes del uso del término resiliencia fue proporcionado por E.E Werner después de un estudio prolongado de epidemiología social efectuado en la isla de Kauai (Hawái). El estudio consistió en el seguimiento durante treinta y dos años de la vida de unas quinientas personas aproximadamente, las mismas estaban bajo condiciones de extrema pobreza, dándose en un tercio de los casos, situaciones de abuso, alcoholismo, estrés, etc.

Más allá de las situaciones de peligro en las que estaban insertos, muchos niños lograron superar los infortunios y construirse un futuro prometedor. En un primer momento, esos niños fueron catalogados como “invulnerables” o con una capacidad cognitiva superior; Werner, sin embargo, destacó que todos esos niños habían contado con algún adulto significativo- familiar o no-por lo cual, se constató que el afecto recibido era la base para el éxito futuro en el desarrollo de los sujetos (Melillo, 2001).

Desde el punto de vista psicoanalítico, definimos la resiliencia como una metamorfosis subjetiva producto de la activación de un potencial que implica funcionar en un proceso terciario, es decir, con la fluidez libidinal necesaria para la creación de condiciones psíquicas nuevas que capturen y transformen el efecto traumático con la imprescindible existencia de vínculos intersubjetivos (Zukerfeld y Zonis Zukerfeld, 2006, p.129).

El concepto de resiliencia ha sido tratado con matices diferentes por autores franceses y estadounidenses. Así, el concepto que manejan los autores franceses relaciona la resiliencia simultáneamente como la capacidad de salir indemne de una experiencia adversa, aprender de ella y mejorar. Mientras que el concepto de resiliencia manejado por los norteamericanos, más restringido, hace referencia al proceso de afrontamiento que ayuda a la persona a mantenerse intacta, diferenciándolo del concepto de crecimiento postraumático (Vera et.al.,2006, p.43).

Por otro lado, Tedeschi y Calhoun (2004; en Páez, Campos, y Bilbao, 2008) indican que existen hallazgos que corroboran varias reacciones de crecimiento en las personas ante las vivencias traumáticas:

- Cambio de metas, fines y objetivos o prioridades vitales.
- La percepción de nuevas posibilidades de desarrollo personal.
- Descubrir capacidades y resistencias que no se pensaba o sabía que se tenían, es decir, se es más fuerte de lo que se pensaba.
- Entender mejor el sufrimiento de los demás, aumentar la empatía y ser capaz de ayudar a otros.
- Valorar más el apoyo social que las personas pueden ofrecer.
- Crecer, desarrollarse espiritual y/o ideológicamente (p. 240).

Las investigaciones se han centrado en delimitar qué características de personalidad facilitan o impiden un desarrollo o un cambio positivo a raíz de experiencias traumáticas. Optimismo, esperanza, creencias religiosas y extraversión son algunas de las características que de forma más frecuente aparecen en los estudios como factores de crecimiento y resistencia (Vera et al., 2006, p. 45).

Por otra parte, Calhoun y Tedeschi (1999; en Vera et al., 2006) sostienen que en muchas ocasiones el crecimiento postraumático no es posible cuando no se manifiestan emociones negativas.

Además, los hechos traumáticos provocan en las personas un cuestionamiento de sus esquemas vitales, las mismas están relacionadas a las creencias respecto al mundo (propósito, predictibilidad), a sí mismos (confianza, seguridad, etc.) y a los otros (bondad, comunicación, etc.) (Pérez-Sales, 2006).

4. Muertes traumáticas

Dentro de las llamadas muertes traumáticas se incluyen por ejemplo los asesinatos y los homicidios. La característica esencial de este tipo de muertes es que incluye violencia o intención de matar a las personas; son más difíciles de elaborar que otros tipos de muertes por ser impredecibles (Acinas, 2012).

Por otra parte, Tizón (2013) alude a que la muerte inesperada de un ser querido ocasiona otra pérdida importante: la del sentimiento de seguridad y control. Es por eso, que los procesos de duelo son más complejos y presentan características más perturbadoras.

Estas muertes provocan en los deudos fantasías de venganza y la amplificación de los sentimientos de ira y de culpa. El enfado puede ir dirigido hacia las propias creencias y en muchos casos se da la tendencia a cambiar de principios éticos y morales. Lo anterior explicitado provoca un aumento en los sentimientos de culpa y obstaculiza la elaboración del duelo. Muchas personas se vuelven intolerantes luego de lo sucedido frente a todo tipo de infracciones y cuestionan la bondad humana. Por otro lado, es común que aparezcan sentimientos de vulnerabilidad extrema y temor. Además, la muerte por homicidio conlleva en muchas oportunidades un estigma, debido al cuestionamiento a nivel social de las circunstancias y motivos de la muerte. Al mismo tiempo, la elaboración del duelo en los deudos se encuentra retrasada por las demoras en la resolución del crimen a nivel judicial y por las distintas circunstancias e instancias legales por las que deben atravesar.

Determinadas prácticas legales y judiciales, con su lentitud, manipulaciones, desprecio por los sentimientos y opacidades, cuando no corrupciones, a menudo facilitan esas dificultades. Se trata de la victimización secundaria, que se ha descrito en los deudos de las personas que perecen en homicidios y asesinatos y que, a menudo, es más traumática que la pérdida inicial. Además, como a menudo la situación no puede ser declarada o reconocida (lo que podría conllevar repercusiones legales y económicas), se convierte en un

duelo encubierto, otro tipo de duelo añadido, cuya elaboración, suele ser compleja (Tizón, 2013, p.713).

Por otro lado, Worden (2002, en Acinas, 2012) expresa que las muertes traumáticas presentan varias características en común y que las definen como tal:

- El superviviente queda con la sensación de incredulidad e irrealidad.
- Los sentimientos de culpa son más intensos.
- Sentirse víctimas de los sistemas judicial y sanitario, por ejemplo, en aquellos casos en los que es necesario postergar el entierro a causa de la realización de autopsias, las reacciones emocionales de los deudos pueden complicarse, así como también, cuando el presunto acusado no es castigado o se produce el aplazamiento en la salida del juicio. Lo anterior provoca no sólo reacciones emocionales en la familia de la víctima, sino también induce a la postergación en la elaboración del duelo.
- Sensación de impotencia y necesidad de entender lo sucedido.

Redmon, Humphrey y Zimpfer (1989; 1996, en Tizón 2013) han estudiado las características del duelo por homicidio de una persona cercana. Entre las mismas se destaca la disociación cognitiva observada en los deudos, así como también la superación de las capacidades de afrontamiento y de los mecanismos adaptativos que los procesos de duelo implican. Según expresa Ramos (2007, en Acinas, 2012) existen varios elementos que condicionan no solamente la intensidad de la reacción ante una situación traumática, sino que podrían llegar a provocar en los deudos una reacción postraumática.

Entre los factores que regulan los tipos e intensidad de reacciones frente a la pérdida se destacan:

- El tipo de vínculo con el fallecido, que hace referencia al nivel de apego establecido con éste.
- Cuando el sobreviviente presentaba una relación de dependencia con el difunto.
- El tipo de muerte.
- Personalidad del deudo.
- Nivel de apoyo social y/o familiar.

5. Apoyo a las víctimas de delitos violentos en Uruguay

La violencia en todas sus variantes no deja de ser una realidad que emerge como parte de un conjunto de fenómenos evidenciados como realidades complejas, producto de cambios a nivel social (Paternain, Donnangelo, Vila, y González, 2008).

La pobreza y el desempleo no generan , por sí solos, los delitos. Es un hecho que la criminalidad se asocia a procesos más amplios vinculados con la desestructuración del mundo del trabajo, el desempleo juvenil, la desafiliación institucional, el deterioro del espacio urbano, la segregación residencial, las políticas de control social, la prevalencia del consumo de alcohol y drogas, la expansión del mercado de las armas de fuego, etc (Paternain et al., 2008, p.60).

Atravesar por una experiencia traumática es una situación que cambia la vida de las personas. En dicho cambio se debe contemplar la posibilidad que tiene el ser humano de volver a construir su manera de entender el mundo y sus creencias (Vera et al.,2006).

En el Uruguay se han creado organizaciones que brindan apoyo a las víctimas de la violencia, así como también a sus familiares. En el año 2009 comenzó a funcionar el Centro de Atención a las Víctimas de Delito (CAVID), aunque su creación data del año 2008. Actualmente se encuentra subordinado a la Dirección Nacional de Sanidad Policial. Este centro se encuentra ubicado en Montevideo, en la calle Martín García 1228. Entre sus propósitos se destacan:

- Mejorar la calidad de vida y reducir el daño psicosocial de las personas que sufrieron un hecho de violencia.
- Proporcionar a las víctimas y a sus familias una red de apoyo compuesto por instituciones públicas y privadas.
- Brindar atención y tratamiento a las personas que lo necesiten(CAVID, 2008).

Por otro lado, para amparar y proteger a los familiares de las víctimas de la delincuencia se ha creado por impulso de tres familias(las cuales han perecido pérdidas importantes) la Asociación de Familiares y Víctimas de la Delincuencia (ASFAVIDE), fundada en el año 2012.

Dicha asociación se encuentra localizada en el departamento de Montevideo, específicamente en Gral. Flores y Domingo Aramburú, en un ex local del BPS. Entre sus objetivos se destacan:

- Fomentar y/o coadyuvar en la elaboración de normas mínimas sobre protección de las víctimas, sus familiares o causahabientes, respecto de cualquier delito, en particular en su acceso a la justicia y a los derechos a una indemnización por el evento sufrido.
- Coadyuvar en que la víctima, sus familiares o causahabientes accedan a una asistencia psicológica y legal, o de otra índole, según los casos concretos.
- Ser garante, defensor y promotor de los derechos de las víctimas, familiares, causahabientes, damnificados de delitos.
- Fomentar por todos los medios posibles la concientización de la población respecto de la situación de las víctimas, familiares o causahabientes que han sufrido un delito (ASFAVIDE, 2012).

Logros de ASFAVIDE

- La Ley N° 19.039 se creó en diciembre del 2012, la misma otorga una pensión a las víctimas de delitos violentos. En el capítulo III, artículo 5 de la Ley se establece que los beneficiarios amparados por la misma son: los cónyuges y concubinos de la víctima de homicidio, los hijos menores de la víctima, los hijos de la víctima de homicidio que siendo solteros, mayores de dieciocho años de edad estén absolutamente incapacitados para todo trabajo y quien resulte incapacitado en forma absoluta para todo trabajo remunerado, por haber sido víctima de rapiña, secuestro o copamiento (Ley N° 19.039, 2013).
- El 20 de junio de 2016 se firmaron varios convenios que permiten la capacitación laboral de las víctimas a través de INEFOP (Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional), la asistencia legal a través de la Facultad de Derecho (UdelaR) y a través del CAVID (Centro de Atención a las Víctimas de Delito) la atención psicológica (ASFAVIDE, 2012).

6. La voz de los afectados

Con la finalidad de conocer el impacto en la vida de las personas que han experimentado una experiencia traumática, se realizaron dos entrevistas a integrantes de ASFAVIDE, así como también, se dialogó con una de las Psicólogas que forma parte de dicha asociación.

Se aplicó un cuestionario con un total de 40 ítems. Los 10 primeros apuntan a preguntas particulares, teniendo como propósito averiguar el impacto de los hechos ocurridos en las personas entrevistadas.

Para los siguientes 30 ítems se utilizó como modelo el cuestionario V.I.V.O (Valoración del Impacto Vital Ontológico) del Proyecto V.I.V.O Young. El mismo se realizó tras ocurrir el siniestro ferroviario del año 2006 (Loarche, 2015).

“El cuestionario V.I.V.O es una herramienta creada para valorar el impacto de las experiencias extremas en la visión del mundo, la identidad y las creencias básicas en población general y supervivientes” (Loarche, 2015, p. 5).

Se divide en 10 bloques conceptuales: visión del mundo, actitud ante el mundo, visión del ser humano, afrontamiento, impacto de hechos del pasado, emociones, narrar la experiencia, consecuencias, apoyo social e identidad.

El análisis de las entrevistas es de carácter descriptivo, teniendo como finalidad el proporcionar un acercamiento a la problemática a través del relato de las personas que pasaron por experiencias extremas. No figura la identidad de las personas participantes, efectuando lo establecido en el consentimiento informado (Ver anexos).

Impacto vital por el tipo de muerte. Consideran que no se está preparado para afrontar este tipo de muerte, a diferencia de otras, en las que quizás por enfermedad haya cierta preparación previa. No hay explicaciones que puedan otorgar un significado a lo ocurrido.

Me arrebataron a mi hijo. No existe una preparación nunca. Como madre una no está preparada, no se entiende nada.
(P.I: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Perdí a mi padre a los 16 años, fue horrible. A mi madre hace 6 años atrás (tenía cáncer) me venía preparando. La vida no me ha preparado para esto. Nadie lo está.
(P.I: Entrevista 2, comunicación personal, 24 de octubre de 2016)

Visión del mundo y actitud ante el mismo. En general han cambiado la visión del mundo y el sentido que le dan a la vida. Una de las entrevistadas considera que aferrarse a las convicciones religiosas o ideológicas ayuda a enfrentar las situaciones difíciles.

En cuanto a la actitud ante el mundo, una de las entrevistadas considera que sí va cambiando la actitud de las personas ante los hechos vivenciados. Y afirmó que conoce personas que han presentado ideas de suicidio.

Depende de cada uno. Yo vi otro mundo, otra realidad. En que mi nieta no tenga más a su papá.

(P.1: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Sí. Te va cambiando. Ya no sos el mismo. De repente, eras muy alegre y ya no disfrutas.

(P.2: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Sí, hay mucha gente que se aferra a algo. Acá hay gente que se ha aferrado más a la Iglesia.

(P.3: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Sí. Cambia la actitud de las personas. No se ve igual, cae por su propio peso.

(P.4: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Sí. Hay mucha gente que la depresión no la puede superar. No fácilmente. Hay personas que todavía siguen en tratamiento, son derivadas.

(P.7: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Visión del ser humano. Consideran afirmativamente el cambio en la visión del ser humano. Aparece la desconfianza como rasgo principal en uno de los casos. Opinan que existe incompreensión por parte de aquellos que no han atravesado una experiencia extrema.

A rasgos generales, considero que sí.

(P.8: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Sí, obviamente. Yo por hoy desconfío hasta de mi propia sombra.

(P.8: Entrevista 2, comunicación personal, 24 de octubre de 2016)

Hasta que no te pasa no te das cuenta. Si no lo vivís cuesta entenderlo.

(P.9: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Sí, muchas veces sí. Sólo el que pasa por una situación así puede entenderte.

(P.9: Entrevista 2, comunicación personal, 24 de octubre de 2016).

Visión de sí mismos. Opinan que hubo una modificación en la confianza en sí mismas. Una de ellas expresa la imposibilidad de realizar actividades que antes hacía. Aparecen miedos específicos y limitantes en uno de los casos. También hay expresiones de deseo (fase de búsqueda) en una de las entrevistadas. Lo cual se relacionaría con el proceso de duelo que podría estar cursando.

Sí. Se toma la vida desde otro punto de vista. Antes me hacía problemas por un montón de pavadas. Ahora son problemas vistos desde otro lugar.
(P.15: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Sí. De todas las maneras. Manejaba y ahora no puedo hacerlo.
(P.15: Entrevista 2, comunicación personal, 24 de octubre de 2016)

No, en mi caso. En la mayoría de la gente sí. Miedo a que les pueda pasar nuevamente algo.
(P.16: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Sí. Cuando me bajo del auto, cuando siento a una moto. El ruido de las motos me hace muy mal. "Me parecía verlo el otro día sentado en la moto". Es algo muy reciente. El dolor va a estar conmigo. Tengo que aprender a vivir con el dolor y a quedarme con los lindos recuerdos.
(P.16: Entrevista 2, comunicación personal, 24 de octubre de 2016)

Afrontamiento. Sostienen que depende de cada persona la manera de afrontar lo sucedido. A veces, el afrontamiento puede darse a través de acciones que les permitan encontrar las herramientas para salir adelante, en otros casos, a través de pensamientos que puedan otorgar cierta tranquilidad.

Depende de cada uno. No todos afrontamos de la misma forma. Algunos si encuentran el camino perfecto para salir adelante.
(P.10: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Es muy difícil. En mi caso trato de pensar que él está en paz. Trato de pensar que está siempre conmigo. Pienso que, si él me está viendo, no quisiera verme así. Él va a ser la persona que me va a dar fuerzas para seguir sobrellevando esto.
(P.10: Entrevista 2, comunicación personal, 24 de octubre de 2016)

Al segundo día escribiendo un cartel en el negocio "Hoy no tengo ofertas, solo tengo dolor y tristeza" ... el pizarrón hablaba por mí.
(P.11: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016).

Afrontamiento posterior. Manifiestan que está relacionado a los procesos de cada uno, en algunos casos el proceso los lleva a acostumbrarse al dolor. Y existe una búsqueda de recursos que les permiten continuar con sus vidas como, por ejemplo: hacer terapia, realizar acciones solidarias, etc.

También manifiestan una tendencia a pensar de forma recurrente en lo ocurrido (pensamiento rumiante) lo que es considerado como una manera de sobrellevarlo. Aluden a la necesidad de buscar explicaciones frente a lo sucedido.

Hice un proceso, se acostumbra a estar con el dolor.
(P.F: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Buscando los recursos que me hicieran bien, siendo solidaria con los demás.
(P.G: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Con la Psicóloga, me ayuda mucho. También mi marido que no era el padre de mí hijo. Gente de la que no esperaba recibir nada. La familia no.
(P.G: Entrevista 2, comunicación personal, 24 de octubre de 2016).

Tratando de buscar los caminos, acá se dan herramientas para que se pueda salir adelante.
(P.13: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Sí. Hay personas que con ese pensamiento rumiante tratan de sobrellevar el dolor que tienen adentro. Se retroalimenta.
(P.12: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

En mí caso. Trato de ser positiva, de poner lo mejor de mí. Hay días que se hacen muy difíciles, cuesta levantarse. Trato de que no esté permanentemente en mi cabeza.
(P.12: Entrevista 2, comunicación personal, 24 de octubre de 2016)

No existen explicaciones. El caso de mi hijo está impune.
(P.5: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Se pregunta por qué a mí.
(P.5: Entrevista 2, comunicación personal, 24 de octubre de 2016)
Se necesita esclarecer el hecho.
(P.6: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Me gustaría buscar alguna explicación del por qué. De por qué llegaron a hacer eso. El robar no está bueno, el matar mucho menos.
(P.6: Entrevista 2, comunicación personal, 24 de octubre de 2016)

Emociones. Se manifiestan en general emociones negativas frente a lo sucedido.

En general emociones negativas.

(P.18: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Dolor, mucho dolor. El preguntar el por qué. No encontrarle una explicación coherente, lógica.

(P.18: Entrevista 2, comunicación personal, 24 de octubre de 2016)

Sentimientos. No se expresan sentimientos de culpa, pero muchas veces sostiene una de las entrevistadas, que la culpa puede presentarse cuando se piensa que lo sucedido debería haberles pasado a ellos.

De culpa no, de enojo sí. Porque la vida me robó parte de mí vida.

(P.F: Entrevista 2, comunicación personal, 24 de octubre de 2016)

Algunas personas la sienten. Muchas veces es que sienten culpa de que no les pasó a ellos.

(P.17: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Cuando a mí me avisaron, aunque hubiera estado con él no lo hubiera podido salvar. Fue algo brutal.

(P.17: Entrevista 2, comunicación personal, 24 de octubre de 2016)

Comunicar. Una de las entrevistadas sostiene que el comunicar la experiencia es una manera de desahogarse, aunque tiene un alto costo en el impacto emocional, debido a que se vuelve a revivir lo ocurrido y que también se expresa o comunica lo padecido a través de manifestaciones en la salud. La otra persona entrevistada considera que la comunicación de cada persona va a depender del manejo emocional que tenga y además plantea la necesidad de buscar lógicas y certezas frente a los hechos.

Sí, totalmente. Es un desahogo.

(P.21: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Efecto emocional muy grande, se vuelve a revivir todo.

(P.23: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Eso depende de cada persona. Hay personas que pueden compartirlo y otros son más reservados, otros no saben cómo manejar la situación en cuanto a sus sentimientos.
(P.21: Entrevista 2, comunicación personal, 24 de octubre de 2016)

Se expresa desde el punto de vista de la salud. Por ejemplo: a una persona le vino cáncer, tenía mucha angustia.
(P.20: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Vos lo único que pedís es que alguien te dé alguna explicación, si el expediente de tu hijo fue a parar a algún cajón...Yo quiero una respuesta.
(P.23: Entrevista 2, comunicación personal, 24 de octubre de 2016)

Apoyo social. En el momento de lo sucedido una de las entrevistadas considera que la sociedad le dio la espalda y que buscó apoyo acercándose más a los afectos que le quedan.

La siguiente entrevistada resaltó el apoyo del comisario de investigación en el momento de contarle lo ocurrido, a pesar de que hay demoras en lo referido a la justicia. Se sintió contenida por el grupo al cual pertenecía su hijo y busca la contención en las personas que la escuchan.

Dio la espalda, no nos quiso escuchar.
(P.26: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Sentí mucho apoyo del grupo al que pertenecía mi hijo. Gracias a ellos, estoy viniendo acá y me están ayudando.
(P.26: Entrevista 2, comunicación personal, 24 de octubre de 2016)

No. Quizás te aferras más a lo que te queda, en afectos.
(P.24: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Tratar de estar más rodeada de gente que pueda prestarte la oreja. Siempre hablo con mi amiga, ella me dice que para lo que necesite está.
(P.24: Entrevista 2, comunicación personal, 24 de octubre de 2016)

Identidad. Creen que los hechos afectaron la identidad. Una expresa que muchas personas mantienen emociones negativas como odio y rencor, señalando que la palabra víctima hace agudizar el dolor y la palabra sobreviviente puede dar lugar a confusión, lo cual depende del significado otorgado por cada persona.

La otra entrevistada manifiesta que el cambio es percibido de forma radical en la vida y que es sobreviviente en cuanto al dolor.

Respecto a la visión de su futuro, una considera que la felicidad completa ya no será posible. La otra entrevistada hace referencia a que debe aprender a vivir con el dolor.

En algunos casos sí, porque ya no ves la vida de la misma forma. Hay gente que no se puede sacar el odio y el rencor de adentro.

(P.27: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Sí, afectan sí. Afectan y mucho. Por todo el entorno, porque te cambia la vida un cien por ciento, porque no sabes si todo el mundo puede entender. Si alguno puede tomarse la molestia de pensar lo que a uno le pasa, lo que a uno le robó la vida. Ahora me tengo que conformar con llevarle flores a un cementerio.

(P.27: Entrevista 2, comunicación personal, 24 de octubre de 2016)

A veces se dice la palabra víctima y hace que duela más. Con la palabra víctima no podés salir. La palabra sobreviviente no. "Soy la mamá que busca salir adelante"

Sobreviviente...depende de cómo se defina.

(P.29: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Sobreviviente. Víctima de la delincuencia, sobreviviente al dolor, a la impunidad. Ambos.

(P.29: Entrevista 2, comunicación personal, 24 de octubre de 2016).

Nosotros buscamos los caminos positivos. Pero ya la felicidad completa no más.

(P.30: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Trato de ser positiva, trato de pensar que en algún momento voy a aprender a vivir con el dolor. Trato de pensar en positivo. Tengo una hija, tengo una nieta y un marido. Ellos también me necesitan.

(P.30: Entrevista 2, comunicación personal, 24 de octubre de 2016)

Aprendizaje y consecuencias. Consideran que sí hay aprendizajes. Una de las entrevistadas sostiene que el aprendizaje tiene que ver con la manera de vincularse con las personas, desde un lugar de apoyo y contención.

Sí. Se ha aprendido a tratar a la gente. No teniéndole lástima, sino apoyándola. Se ha aprendido que la víctima es un sujeto de derecho y no un objeto.

(P.14: Entrevista 1, comunicación personal, 20 de octubre de 2016)

Aprender a vivir sin escucharle la voz, sin verlo.

(P.14: Entrevista 2, comunicación personal, 24 de octubre de 2016)

7. Tratamiento y acompañamiento en muertes traumáticas

En una de las visitas a ASFAVIDE se conversó con una de las Psicólogas perteneciente a dicha asociación. Del diálogo se destaca que:

- Estos eventos tienen la particularidad de no ser duelos ni muertes comunes.
- El duelo es crónico; se agudiza la polaridad, impunidad, impotencia y la extrema necesidad de reclamar justicia. Presenta un componente social más allá del dolor, debido al manejo de lo sucedido a través de los medios.
- Es muy difícil la elaboración de la pérdida porque no es una pérdida normal.
- Puede aparecer sintomatología depresiva.
- La culpa en general no aparece, sí asignación de responsabilidades.

En cuanto al enfoque terapéutico utilizado se desprende lo siguiente:

- Primero evaluación de los riesgos.
- Reestructuración desde lo sucedido. Abordaje desde el TEPT y desde la Psicología Positiva.
- Evaluación de los recursos de las personas, abriendo espacios para la descarga.
- Apelación de los recursos y proyectos.
- Tener en cuenta la concepción de muerte de cada persona.
- Encuadre flexible, actitud activa del terapeuta, más intervenciones.

7.1 Psicoterapia positiva

Desde el modelo de psicoterapia positiva en situaciones adversas, las que comprenden trauma, crisis y pérdidas, se propone trabajar aspirando al crecimiento postraumático. Se debe tener en cuenta que la indicación de extraer elementos de desarrollo en este tipo de situaciones, puede ser entendida como un indicador de incompreensión y distancia por el paciente. Por lo tanto, desde este enfoque se pretende: a) conseguir que de la situación adversa se puedan obtener elementos que favorezcan una identidad positiva, b) habilitar la construcción de categorías simbólicas identitarias que giren en torno a la idea de sobreviviente (Pérez- Sales, 2008).

A continuación, se describen las propuestas, sugerencias y técnicas, para el trabajo en situaciones adversas, descrito en la siguiente figura:

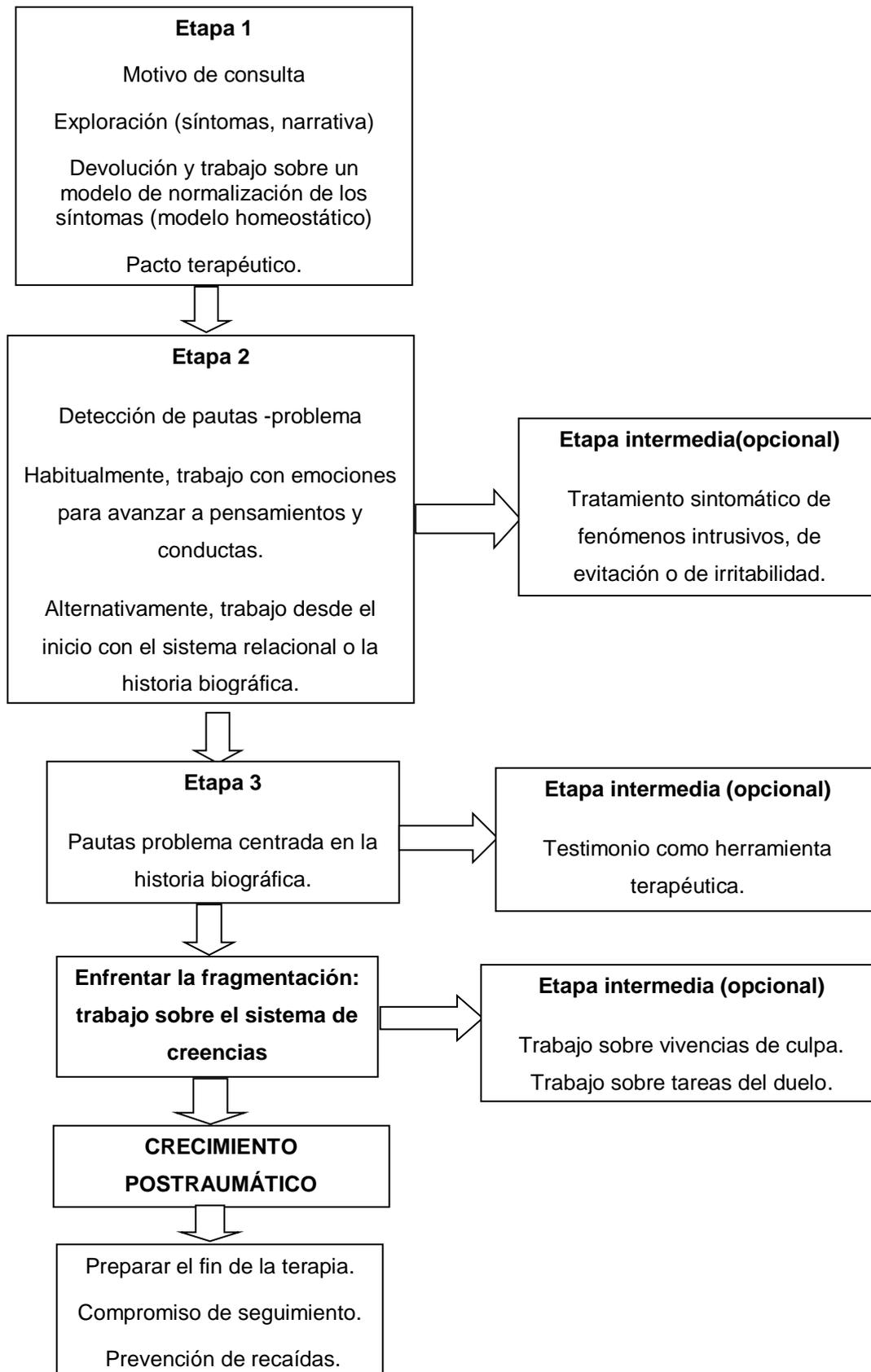


Figura 1. Psicoterapia de situaciones traumáticas: esquema global de trabajo. Pérez-Sales (2006, p.250).
Trauma, Culpa y Duelo: hacia una psicoterapia integradora. 2ªed. Bilbao: Desclée de Brouwer.

En primer lugar, se debe trabajar con lo que la persona trae a terapia, con su propia narrativa sobre lo ocurrido y sobre sí misma, así como también con la construcción de una verdad que le es tolerable y le permita continuar viviendo. Es necesario tener en cuenta varios aspectos, relacionados con la narrativa de los hechos y los elementos generales de la entrevista.

Narrativa de los hechos (Etapa 1). Aunque no es un requerimiento en el tratamiento de las reacciones postraumáticas, constituye una herramienta valiosa para permitir el trabajo posterior; enfatizando en aquellos elementos que trae la persona en relación a los hechos, por ejemplo: humillación, tristeza, rabia, etc. Por otro lado, la narrativa de los hechos permite prestar atención a aquellos aspectos que pudieran resultar disfuncionales en el futuro como, por ejemplo: las autoacusaciones. (Pérez-Sales, 2006).

Elementos generales en la entrevista. Resulta necesario establecer un cuidado particular en la forma de trabajo con personas que han atravesado un suceso traumático. En dicho cuidado se destaca:

- Pedir permiso para entrevistarles.
- No imponer un ritmo, habilitar las interrupciones en las entrevistas.
- Brindar opciones, por ejemplo: el que puedan manifestarse a través de la escritura o de dibujos.
- Presentar una actitud corporal abierta y dirigida hacia la persona, así como, mantener una actitud comprensiva y establecer contacto visual.
- Manejar con cautela los silencios.
- Evitar decir “lo entiendo” ya que hay no es adecuado ni correcto, porque cada persona es diferente. Además, hay que tener en cuenta que el hecho traumático tiene como rasgo el ser: incomunicable, incomprensible e inexplicable, por lo que se debe prestar atención a lo anterior explicitado, partiendo de un obstáculo básico (Pérez-Sales, 2006).

Motivo de la consulta y exploración de síntomas. (Etapa 1). Es importante analizar el momento de la demanda, la misma puede ocurrir en una situación de crisis o como un conflicto actual que revela una situación pasada, etc. Luego, explorar los síntomas (angustia, insomnio, tristeza, palpitaciones, etc.) y posibles pautas problema:

- Devolución de la impresión global y de los puntos de conflicto. Normalización y educación para la salud de aquellos aspectos que sean vistos como reacciones de adaptación.

- Propuesta de trabajo y elaboración del pacto terapéutico (Pérez-Sales, 2006, p.174).

La normalización está basada en un modelo de resignificación de los síntomas postraumáticos como respuestas normales ante situaciones anormales como, por ejemplo: el miedo como síntoma puede ser resignificado como una reacción de defensa ante un hecho amenazante, los síntomas intrusivos (rumiaciones, pesadillas) como intentos de otorgarle un sentido a las experiencias y los síntomas asociados a la anestesia emocional como intentos para desconectarse de la realidad y recuperarse.

Según sostiene Pérez-Sales (2006) el *trabajar con las emociones* (Etapa 2) es un valioso recurso, porque a través de la narrativa del superviviente se puede acceder al núcleo del conflicto. Es beneficioso el intervenir de forma conjunta sobre las experiencias de relato y las experiencias vivenciadas a nivel corporal, por ejemplo: cuando la persona dice que siente enfado y aprieta la mandíbula. Lo anterior ayuda a prestar atención sobre la emoción. Por lo tanto, el trabajo enfocado en las emociones permite comprender qué tipo de emociones prevalecen, para así evaluar la existencia y la posibilidad de encontrar vías alternativas relacionadas al relato: por ejemplo, enfado ocasionado por impotencia.

El análisis inicial mostrará *pautas problemas* en el sistema de emociones, creencias, pensamientos, conductas o relaciones y cualquiera de ellos puede constituirse como vía inicial de trabajo en función del motivo de consulta, las expectativas, la estructura de la personalidad y los recursos de la persona, etc. (Pérez-Sales, 2006, p.176).

Para el *tratamiento sintomático de los fenómenos intrusivos* se propone no intentar bloquearlos sino dejar que fluyan, saludarlos mentalmente y verlos alejarse. Otra forma es proponerle al paciente que habilite un espacio durante el día para las imágenes de los hechos traumáticos y le dedique sólo ese momento, y cuando surjan durante otros instantes permitirse decir “me dedicaré a tal hora”. También realizar un balance de pensamientos, es decir, pedirle al paciente que realice una lista de cosas positivas, de tal forma, que a cada recuerdo negativo lo contrarreste con uno positivo. En relación a las *pautas problema centradas en la historia biográfica* (Etapa 3) se debe explorar los orígenes de la vulnerabilidad en aquellos casos que así lo requieran, por ejemplo: cuando en la demanda el relato del paciente apela a su historia de vida para intentar darle sentido a sus reacciones o su visión del mundo. Por lo tanto, la idea de trabajar sobre la historia biográfica tiene la finalidad de poder resignificar (de una forma más positiva) el pasado para así evaluarlo y cambiar la visión actual (Pérez-Sales, 2006).

El trabajo sobre la identidad cuando se producen cuestionamientos sobre la misma luego de experiencias extremas, será el núcleo del trabajo terapéutico. Por eso el *enfrentar la fragmentación: el trabajo sobre el sistema de creencias* deberá tener en cuenta el impacto sufrido, al trauma como quiebre, como herida en el ser. Poder reconstruir un sistema de relaciones estable, que de confianza y sentido de seguridad es el paso básico en el proceso de reconstrucción de un sistema de creencias donde haya espacios saludables (Pérez-Sales, 2006, p. 197).

En muchas ocasiones las heridas producidas en los sistemas de referencia de la persona son irreversibles, pero cada vez que un superviviente se siente fortalecido y con capacidad de control y de manejo sobre las dificultades de su vida, cada vez que puede reírse y puede disfrutar de algo abiertamente, cada vez que se preocupa o cuida a otro ser humano, cada vez que encuentra una voz para expresarse, cada vez que se puede sentir libre para llorar o encerrarse en casa sin que se lo reprochen, hay cierta sensación de victoria y de avance sobre el impacto de lo traumático (Pérez-Sales, 2006, p.200).

Por otro lado, es importante tener en cuenta que las muertes por homicidio no son muertes comunes por lo que favorecer el trabajo sobre las *tareas del duelo* (ver cap. 2.2) resulta indispensable, siempre y cuando se acompañe de la resolución de los problemas de separación. Muchas veces, no es posible avanzar en las tareas del duelo hasta que no se hayan resuelto los aspectos legales del caso (Worden, 2010).

Worden (2010) realiza una distinción entre asesoramiento y terapia del duelo. Afirmando que el asesoramiento es adecuado para facilitar las tareas del duelo, en cambio, la terapia del duelo tiene como finalidad el identificar y resolver los problemas de separación que impiden realizar el proceso de duelo. Por lo tanto, se recomienda la terapia del duelo para aquellos casos de duelos complicados. Los procedimientos terapéuticos a tener en cuenta entre otros son: descartar enfermedades físicas, establecer el contrato y la alianza terapéutica, revivir recuerdos del fallecido, afrontar el afecto o la ausencia del mismo que provocan los recuerdos y evaluar cuáles de las cuatro tareas no se han completado.

Cumplimiento de tareas del duelo: si no se ha completado la tarea I, hay que centrar la terapia en el hecho de que la persona está muerta y ayudar al superviviente a aceptar la pérdida. Si se observan dificultades en la tarea II, la terapia estará enfocada en equilibrar las emociones negativas y positivas en relación al fallecido, dirigiéndose a aceptar la normalidad de la ambivalencia de emociones, redefiniendo el vínculo.

Si la dificultad está en la tarea III, la parte más importante de la terapia es la solución de problemas: se enseña al paciente a vencer su impotencia ensayando nuevas habilidades, desarrollando roles nuevos y, en general, se le anima a volver a la vida (Worden, 2010, p. 135). Si el conflicto está en la tarea IV, se habilitará al paciente a liberarse del apego angustioso con el fallecido.

“(…) Esto implica dar al paciente permiso para dejar de sufrir, ayudarle a sentirse capaz de tener relaciones nuevas y a explotar las dificultades que implica decir un adiós definitivo” (Worden, 2010, p. 136).

8. Conclusiones

La muerte de un ser querido puede ocasionar mucho dolor, el deudo deberá realizar un duelo, que implicará un trabajo y un tiempo determinado para poder aceptar la pérdida. La aceptación puede darse luego de un prolongado período de elaboración y no necesariamente en el tiempo real de la muerte (Nasio, 1999). Según lo expresado por Freud (1917/1986) la inhibición y la falta de interés son debidas al trabajo que debe realizar el yo y es producto del trabajo del duelo.

Lo anterior se puede vislumbrar en las entrevistas realizadas, cuando las entrevistadas manifiestan, la presencia de dolor tras la muerte de su ser querido y consideran que han percibido cambios en sus maneras de expresión y en sus modos de ser, por ejemplo, cuando se refieren a la pérdida de la alegría y del disfrute que antes tenían. Además, una de las entrevistadas alude al proceso que realizó y que se acostumbró a vivir con el dolor.

Desde la visión psicoanalítica se entiende al duelo como un trabajo o como un proceso. La primera postura, hace referencia a la aceptación de la pérdida, y al esfuerzo realizado en la adaptación a la realidad. Aunque a veces se produce una identificación con el objeto perdido, demostrando la ambivalencia que se tiene hacía el mismo, y en este sentido, es cuando podrían observarse salidas patológicas como la depresión. Cuando se concibe al duelo como proceso, se entiende que cada persona es capaz de reparar y recrear al objeto, poniendo énfasis entonces, en la capacidad de transformación de cada sujeto (Paciuk, 1998).

Lo anteriormente explicitado se manifiesta en el relato de las entrevistadas, una expresa, que hay mucha gente que no puede superar la depresión, la otra enfatiza en los afectos, en las personas que le quedan y que la necesitan, para poder sobrellevar el dolor y seguir adelante.

Las muertes por homicidio ocasionan en los deudos una intensificación del duelo por las características de la muerte. Se trata de duelos complicados que tendrán sus variaciones. En muchos casos, se tratará de duelos crónicos, por la duración del duelo, debido a diversas circunstancias que impiden la resolución del mismo como, por ejemplo, cuando el homicidio no es resuelto y el caso se mantiene impune.

También puede haber una postergación del duelo debido a la falta de apoyo social en el momento de la pérdida, lo que estaría refiriendo a un duelo retrasado (Worden, 2010). Una

de las entrevistadas considera que, en el momento de lo sucedido, la sociedad le dio la espalda.

Las muertes por homicidio pueden catalogarse como hechos traumáticos, al tratarse de sucesos que, entre otras características, presentan como particularidades el ser incommunicables, incomprensibles e inexplicables (Pérez-Sales, 2006).

El grado de dificultad para comunicar lo sucedido va a depender, de los tiempos y procesos de cada persona.

La incomprensión o la incapacidad de comprender este tipo de hechos, según las entrevistadas, se debe a que sólo quienes han atravesado la experiencia de una muerte traumática, podrían entender el nivel de afectación.

Al mismo tiempo, resaltan lo inexplicable del hecho traumático, y la búsqueda de lógicas y certezas para apaciguar el dolor, destacan la constante interrogante del porqué de estos sucesos. Lo anterior es una de las características que definen a las muertes traumáticas, según Worden (2002, en Acinas, 2012).

Otra de las características planteadas por el autor es la intensificación de los sentimientos de culpa.

Una de las entrevistadas considera que algunas personas sienten culpa de que el hecho trágico no les ocurrió a ellas, en vez de a su ser querido. También considera que quienes han vivido un hecho traumático, pueden manifestar emociones negativas como odio y rencor, lo que concuerda con lo planteado por Echeburúa (2012) al expresar que ese tipo de emociones son las que aparecen de forma frecuente como consecuencia de un trauma.

Los hechos traumáticos van a actuar como elementos cuestionadores de la visión que tengan los sujetos sobre el mundo y sobre sí mismos (Pérez-Sales, 2006).

La respuesta del ser humano ante experiencias extremas es multidimensional. No podemos pensar a las personas y sus respuestas como dicotómicas, o sea fuertes o débiles, resistentes o vulnerables, víctimas o sobrevivientes, sino que dispone de un abanico de respuestas (Pérez-Sales, 2014, en Loarche, 2015, p. 17).

En el cuestionamiento que se realiza la persona y en la definición de la postura que tomará al respecto, se observó en las entrevistadas, que los términos “víctima y sobreviviente”

tienen una connotación muy fuerte, debido a que impactan sobre su identidad. También se observó, que existen matices en las respuestas que se adoptan, tal como mencionó el autor al que se hace referencia.

Las muertes traumáticas marcan un antes y un después en las vidas de aquellas personas que pierden a un ser querido. El después, estará relacionado con lo que deberán replantearse los deudos, deberán aprender a vivir sin su ser querido y volver a seguir con sus vidas; pero como lo anterior significa un quiebre en sus existencias, muchas veces, su identidad estará cuestionada, sus sistemas de creencias cambiarán, el mundo ya no será previsible, controlable. Es por eso, que esa fractura cuestionará su existir, su pesar.

Las entrevistadas manifiestan un cambio radical en la vida y en la manera de concebirla. Una de ellas, cuestiona la bondad humana, al expresar la desconfianza que presenta después de lo sucedido.

Con respecto a las respuestas o reacciones en relación a los sucesos traumáticos, una de las entrevistadas enuncia que la rumiación presente en algunas personas, es una manera de sobrellevar lo sucedido. Concordando con lo planteado por Nolen-Hoeksema (2004, en Loarche, 2015) en cuanto a que la rumiación se produce cuando no se puede encontrar un relato que le otorgue significado a la experiencia traumática.

En este mismo sentido, según lo expresado por Beristain (2004) el afrontamiento va a incluir conductas para enfrentar el problema, como por ejemplo el compartir la experiencia. Aunque esta estrategia de afrontamiento va a depender de cada sujeto.

Según expresan las protagonistas, la capacidad de comunicar se relaciona con el manejo emocional y puede ser una forma de desahogarse, aunque ello conlleve a revivir lo sucedido e impacte a nivel afectivo.

Cuando las personas no logran transmitir lo ocurrido, a través de la palabra, pueden darse repercusiones en la salud en general.

Existe un aprendizaje a partir de la experiencia vivida, en una de las entrevistadas el aprendizaje se refleja en el intentar tener una actitud positiva, aunque conviva con el dolor. En la otra entrevistada el aprendizaje se vislumbra en la comprensión del dolor ajeno y en la solidaridad.

El acercarse a los demás desde la empatía, entendiendo el dolor de las personas que han atravesado una experiencia traumática, permitiría establecer nuevos vínculos, lo cual estaría relacionado con la capacidad de resiliencia y la posibilidad de recuperación personal. Como indican Tedeschi y Calhoun (2004; en Paéz, Campos y Bilbao, 2008) existen reacciones de crecimiento en las personas ante sucesos traumáticos. Entre dichas reacciones, se destaca el entender mejor el sufrimiento de los demás, incrementando así, la empatía y la ayuda que se brinda a otros.

Más allá de las adversidades, el ser humano tiene la capacidad de rehacerse, enfrentando retos que requerirán de su involucramiento y algunas veces tendrá que solicitar ayuda para salir adelante.

El tratamiento desde la Psicoterapia Positiva, está basado fundamentalmente en el crecimiento postraumático. Según lo planteado por Pérez-Sales (2008) se tratará de focalizar en la obtención de elementos capaces de favorecer una identidad positiva, en las personas que han atravesado una experiencia traumática, como en los casos de las muertes por homicidio. El trabajo sobre la identidad será fundamental debido a que frecuentemente las experiencias traumáticas impactan sobre el sistema de creencias, en algunas oportunidades la ruptura del sistema será irreversible, pero en otros casos será posible su reconstrucción a través del fortalecimiento de la confianza y de la seguridad (Pérez-Sales, 2006).

Según el autor, en el abordaje terapéutico se debe buscar la resignificación de los síntomas postraumáticos, posibilitando una normalización de las reacciones para poder entenderlas como respuestas frente a las situaciones vividas. Un recurso significativo es trabajar con las emociones, para conocer cuáles son las que predominan e intervenir en las mismas. Es importante tener en cuenta la narrativa de cada sujeto en relación al suceso padecido, observar los elementos que están presentes en el relato y los aspectos que pudieran ser inadecuados en un futuro. En algunos casos el paciente incluirá en su discurso elementos relacionados a su historia, para validar sus reacciones. Por lo tanto, será relevante trabajar con los datos que otorgue de su biografía, para lograr una visión más positiva de su pasado y modificar la visión actual. En el tratamiento de los fenómenos intrusivos se aspira a que el paciente aprenda a dejar fluir sus pensamientos en vez de bloquearlos y también que logre enfatizar pensamientos positivos frente a la aparición de pensamientos negativos.

Para la terapia de los duelos complicados, como los relacionados a las muertes por homicidio se propone evaluar cuáles de las tareas del duelo no se han completado con éxito y así poder focalizar el trabajo en las mismas. Dentro de las tareas se destaca la importancia

del aprendizaje de nuevas estrategias que le permitan al paciente fortalecerse en el manejo de sus emociones, aceptar la pérdida y establecer nuevos vínculos (Worden, 2010).

La vida puede colocar a las personas ante situaciones imprevistas, como la muerte por homicidio de un ser querido, la cual es considerada una muerte traumática con las características de un duelo complicado. Frente a este tipo de muerte, las estrategias de afrontamiento y el manejo de las emociones serán relevantes en el proceso que las personas deberán transitar. Algunas veces, gracias a la capacidad de resiliencia, el trauma es sobrellevado satisfactoriamente. Pero, otras veces, la muerte trágica provoca en los deudos traumas, que para poder ser superados necesitarán de la ayuda de un profesional.

Desde la Psicología Positiva se plantean los lineamientos de estrategias que se pueden instrumentar en el tratamiento terapéutico. Dicho tratamiento buscará contener y resignificar la visión del mundo y de la persona, para que ésta logre rehacerse a partir de la adversidad. Reconstruirse, continuando con su vida, afianzando su confianza, seguridad y ampliando la posibilidad de fortalecer los vínculos existentes y creando nuevos vínculos, que permitan un crecimiento postraumático, para el desarrollo potencial de la persona y el logro de un mayor arraigo a la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, N., y Torok, M. (2005). *La corteza y el núcleo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Acinas, P. (2012). Duelo en situaciones especiales: suicidio, desaparecidos, muerte traumática. *Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. S.E.M.P.P. 2(1). Recuperado de http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Duelo_en_situaciones_especiales.pdf
- Alizade, A. M. (1996). *Clínica con la muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Allouch, J. (2006). *Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca*. Buenos Aires: Ediciones literales.
- Asociación de Familiares y Víctimas de la Violencia (ASFAVIDE, 2012). Recuperado de https://www.facebook.com/Asfavide/about/?ref=page_internal
- Benyakar, M., y Lezica, Á. (2005). *Lo traumático. Clínica y paradoja. Tomo 1: El proceso traumático*. Buenos Aires: Biblos.
- Benyakar, M., y Lezica, Á. (2006). *Lo traumático. Clínica y paradoja. Tomo 2: Abordaje clínico*. Buenos Aires: Biblos.
- Beristain, C. M. (2004). *Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria*. Barcelona: Icaria.
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida*. Barcelona: Paidós.
- Carr, A. (2007). *Psicología Positiva: La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Centro de Atención a las víctimas de Violencia y Delito (CAVID,2008). Ministerio del Interior, República Oriental del Uruguay. Recuperado de <https://www.minterior.gub.uy/index.php/2013-04-10-14-03-36/concursos-activos/49-archivonoticia/archivonoticia/1411-centro-de-atencion-a-las-victimas-de-violencia-y-delito>
- Cyrulnik, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas. Volver a la vida después de un trauma*. Barcelona: Gedisa.
- Echeburúa, E. (2012). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.

Freud, S. (1986). *Duelo y Melancolía*. En S. Freud, Obras completas (2ªed.) (vol. 14, pp.241-255). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1917).

Freud, S. (1986). *Inhibición, síntoma y angustia*. En S. Freud, Obras completas (2ª ed.) (vol. 20, pp. 71-164). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1926[1925]).

Goleman, D. (1995). *La inteligencia emocional*. Barcelona. Zeta.

Green, A. (1980). La madre muerta. En A. Green (1999), *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*, (pp. 209-238). Buenos Aires: Amorrortu.

Green, A. (1982). Epílogo. El yo, mortal-inmortal. En A. Green (1999), *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*, (pp.239-262). Buenos Aires: Amorrortu.

Hinshelwood, R. (1989). *Diccionario del pensamiento Kleiniano*. Buenos Aires: Amorrortu.

Klein, M. (1990). *Amor, culpa y reparación; y otros trabajos (1921-1945)*. Buenos Aires: Paidós.

Laplanche, J., y Pontalis, J. B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Ley Nº 19.039, Pensión a las Víctimas de Delitos Violentos (2012), Poder Legislativo, República Oriental del Uruguay. Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp8564832.htm>

Loarche, G. (2015). *Impacto vital en Experiencias Extremas. Estudio sobre el Trauma Psicosocial de los habitantes de la ciudad de Young en relación al siniestro ferroviario del año 2006*. (Tesis de Magíster en Psicología Social, Facultad de Psicología, UdelAR). Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/4896/1/Loarche,%20Graciela.pdf>

Melillo, A. (2001). Prefacio. En Melillo, Aldo y Suárez Ojeda, E.N. (comp.), *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.

Nasio, J.D. (1999). *El Libro del dolor y del amor*. Barcelona: Gedisa.

Paciuk, S. (1998). Duelos depresivos y duelos reparatorios. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (88), 1-21 [en línea]. Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719988806.pdf>

Paéz, D., Campos, M., y Bilbao, M. (2008). Del trauma a la felicidad: pautas para la intervención. En Vázquez, Carmelo y Hervás (Eds.), *Psicología positiva aplicada* (2ª ed.) (pp. 237-262). Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.

Palmero, F. y Fernández-Abascal, E.G. (1999). Emociones y salud. En F. Palmero y E.G. Fernández-Abascal (coords.). *Emociones y salud* (pp. 5-18) Barcelona: Ariel.

Paternain, R., Donnangelo, J., Vila, A., y González, V. (2008). *Panorama de la violencia, la criminalidad y la inseguridad en Uruguay. Datos, tendencias y perspectivas*. Montevideo: Ministerio del Interior. Observatorio Nacional sobre violencia y criminalidad.

Pérez-Sales, P. (2006). *Trauma, Culpa y Duelo: hacia una terapia integradora*. 2ª ed. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Pérez-Sales, P. (2008). Psicoterapia positiva en situaciones adversas. En Vázquez, Carmelo y Hérvas, Gonzalo (Eds.), *Psicología positiva aplicada*, (2ª ed.) (pp. 155-190). Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.

Rodríguez-Marín, J. Pastor, M.A., y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema* (5), Supl., pp. 349-372. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/1148.pdf>

Shalev, A. (2000). *Estrés traumático y sus consecuencias: Manual para el personal de asistencia profesional*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Tizón, J.L. (2013). *Pérdida, Pena, Duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Herder.

Vecina, J., M.L. (2006). Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), pp.9-17. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1280.pdf>

Vera Poseck, B.; Carbelo Baquero, B. y Vecina Jiménez, M.L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), pp.40-49.

Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1283.pdf>

Worden, W. (2010). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*(2ªed.). Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.

Zukerfeld, R., y Zonis Zukerfeld, R. (2006). Addenda. Vicisitudes de lo traumático: vulnerabilidad y resiliencia. En Benyakar, Moty y Lezica, Álvaro, *Lo traumático. Clínica y paradoja. Tomo 2. Abordaje clínico* (pp. 107-155). Buenos Aires: Biblio.

ANEXOS

HOJA DE INFORMACIÓN

Las entrevistas que se realizarán a los integrantes de **ASFAVIDE** serán un importante insumo para la elaboración del trabajo final de grado de la Facultad de Psicología de la UdelaR, de la estudiante que suscribe.

Dicho trabajo está basado sobre muertes traumáticas, teniendo como objetivos:

- Explorar las situaciones y experiencias de los familiares de las víctimas de la delincuencia.
- Conocer los apoyos organizacionales que reciben.
- Realizar una aproximación al estado de salud general y el impacto en el bienestar psicológico.

Los datos otorgados en estas entrevistas serán manejados con estricta confidencialidad según la normativa vigente en nuestro país.

La participación en el estudio es libre y voluntaria, quedando en su decisión el poder abandonar el proceso en el momento en que lo considere.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio dejo constancia de mi participación en el estudio bajo las condiciones detalladas en la Hoja de Información leída previamente.

NOMBRE:

FIRMA:

Solange Montes de Oca

Estudiante del Ciclo de Graduación de la Facultad de Psicología de la UdelaR

ENTREVISTA

- A. ¿Cómo fue su llegada a la asociación?
- B. ¿Qué circunstancias motivaron que se acercara a la misma?
- C. ¿Cómo definiría la situación por la que atravesó?
- D. ¿Qué fue lo primero que sintió o pensó al enterarse de la muerte de su ser querido?
- E. ¿Al hablar de lo ocurrido, considera que el dolor permanece?
- F. ¿Ha presentado sentimientos de desamparo, de impotencia, de culpa y de enojo?
Explique
- G. ¿Cómo ha afrontado su dolor?
- H. ¿Ha tenido un cambio que considere radical en su estilo de vida después de lo sucedido?
- I. ¿En contraste con otras muertes, qué diferencias encuentra con este tipo de muerte? ¿Qué lo hace diferente?
- J. ¿En otros familiares es igual?

Bloque 1. Visión del mundo

- 1. ¿Piensa que los hechos vividos modificaron la visión del mundo de las personas? En caso afirmativo, ¿de qué manera?
- 2. ¿Piensa que los hechos vividos modificaron el sentido que le dan hoy a la vida estas personas? En caso afirmativo. ¿Cómo?
- 3. ¿Considera que las convicciones religiosas o ideológicas les han ayudado a enfrentar las situaciones difíciles? Explique

Bloque 2. Actitud ante el mundo

- 4. ¿Considera que la actitud ante el mundo de las personas ha cambiado luego de lo sucedido? ¿Por qué?
- 5. ¿Qué explicaciones dan las personas a los hechos que les tocaron vivir?
- 6. ¿Necesitan buscar algunas lógicas/certezas de los hechos ocurridos? ¿Cuáles?
- 7. ¿Conoce personas que luego de lo vivido hayan presentado ideas de suicidio?
Explique

Bloque 3. Visión del ser humano

8. ¿Se ha modificado la confianza en el ser humano? Explique
9. ¿Le parece a usted que piensan que los demás no pueden comprenderlo?

Bloque 4. Afrontamiento

10. En general, ¿cómo cree que las personas afrontaron la situación?
11. ¿Cómo afrontaron los hechos en los primeros tiempos? En el primer año
12. ¿Ha visto personas que expresen un pensamiento rumiante, es decir que no pueden dejar de pensar en estos hechos? Explique
13. ¿Cómo afrontan hoy esos hechos?
14. ¿Conoce personas que han sacado algún aprendizaje a partir de estas situaciones?
¿Qué tipo de aprendizajes?

Bloque 5. Impactos de hechos del pasado

15. ¿Se ha modificado la confianza en sí mismos y la capacidad para enfrentar problemas? ¿De qué manera?
16. ¿Aparecen miedos? ¿Cuáles?
17. ¿Se observan sentimientos de culpa? ¿Cuáles?

Bloque 6. Emociones

18. En cuanto a las emociones asociadas a los hechos traumáticos, ¿qué emociones se expresan?
19. ¿Se vinculan estos hechos con vivencias de indefensión o pérdida de control o se toleran? Explique

Bloque 7. Narrar la experiencia

20. ¿Cómo se expresa el sufrimiento vivido?
21. ¿Cree que las personas necesitan hablar y compartir lo vivido? Explique
22. ¿Las personas valoran dar su testimonio de estas experiencias? ¿Por qué?
23. ¿Qué efectos genera el hecho de dar testimonio de lo vivido? ¿Ante la Justicia? Y
¿Ante la comunidad?

Bloque 8. Consecuencias

24. ¿Estos hechos generan algún cambio en los vínculos afectivos de las personas?
¿Cuáles?
25. ¿Piensa que puede aumentar la empatía hacia el dolor de otros o se genera mayor anestesia afectiva? Explique

Bloque 9. Apoyo social

26. ¿En general las personas sintieron apoyo y cercanía de la sociedad o sintieron que ésta les dio la espalda o no los quiso escuchar? Cuente

Bloque 10. Identidad

27. ¿Piensa que estos hechos afectan la identidad de las personas? ¿Por qué?
28. Cree que las personas, luego de lo sucedido, han cambiado sus prioridades en la vida (en sentido positivo o negativo) Explique
29. ¿En general se identifican como víctimas o sobrevivientes? (o ninguna de las dos)
30. Para usted, en general, ¿ven el futuro con expectativas positivas y con espacio para la felicidad?