



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Final de Grado
Monografía

*El tratamiento de la psicoterapia en
personas que han sufrido una experiencia
traumática*

Tutor: Graciela Loarche

Estudiante: Yennifer Iurramendi Alemán

C.I: 4.563.017-7

Montevideo, Uruguay
Febrero, 2016

Índice

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Aproximaciones al Trauma:	
Origen del concepto Trauma.....	5
Nuevos aportes a la conceptualización de Trauma.....	7
Experiencia traumática.....	10
Elaboración de la situación traumática:.....	13
Respuesta a los hechos traumáticos.....	16
Cuándo se requiere un tratamiento y cuándo no.....	22
Qué tipo de tratamiento sería el adecuado, dependiendo de qué factores.....	26
Cuándo la víctima se recupera de una experiencia traumática.....	36
Consideraciones finales.....	38
Referencias bibliográficas.....	40

Resumen

El objetivo de esta producción es exponer de qué manera el tratamiento psicoterapéutico puede ayudar a un sujeto a superarse luego de haber sufrido una experiencia traumática, es decir, desde qué lugar puede hacerlo, dependiendo de qué factores.

Para ello se despliegan conceptualizaciones referidas al trauma a partir de diferentes autores, principalmente haciendo foco en las teorizaciones de Benyakar, Echeburúa y Pérez Sales. Si bien estos autores que comprenden la mayor parte de este trabajo tienen miradas diferentes, lo que se pretende hacer es un abordaje desde una perspectiva clínica que dé cuenta del proceso que debe hacer no sólo el sujeto que sufrió una situación traumática, sino plantear cómo debe posicionarse el terapeuta para adaptarse a las necesidades de estos sujetos. Partiendo aquí desde una concepción integradora que debe tener el terapeuta.

Palabras claves: tratamiento psicoterapéutico, experiencia traumática, terapeuta.

Introducción

La vida humana está marcada por situaciones traumáticas, de hecho, el parto mismo podría ser considerado como un suceso traumático, especialmente para el bebé que llega de forma abrupta al mundo desde su acogedora y nutritiva habitación materna. Así mismo, los relatos de la antigüedad tienen registro de narrativas que describen los conflictos bélicos, exilios, torturas, masacres, abusos sexuales, catástrofes naturales y un sinnúmero de eventos adversos que los seres humanos han tenido que afrontar y superar.

Pero lo positivo de esto es que algunos sujetos cuentan con una capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de las adversidades, estas son las llamadas estrategias de afrontamiento de las que se resguarda para salir adelante. Son personas que consiguen sobreponerse al brutal impacto de una agresión sexual, de la pérdida violenta de un hijo, de un atentado terrorista, y aprenden a vivir sin olvidar lo ocurrido.

Sin embargo en otros casos sucede lo contrario, pues quedan atrapados en la situación traumática llegando en el peor de los casos a desarrollar una patología. Este tipo de acontecimiento desborda la capacidad de respuesta del sujeto, de forma tal que las estrategias de afrontamiento pueden ser frustradas. El sujeto es incapaz de adaptarse a la nueva situación, perdiendo la perspectiva a futuro, la confianza en sí mismo y en los demás.

Hoy en día vivimos un tiempo de grandes cambios, transformaciones, principalmente en lo que concierne a la comprensión del mundo y en relación a los mismos procesos con los que dicha comprensión se puede (o quizás no) lograr positivamente. Es a raíz de esto que se tratará responder las interrogantes que fueron surgiendo a lo largo de esta producción en relación al tratamiento psicoterapéutico, a cómo ésta comprende y responde a los procesos que hace el ser humano cuando está frente a una situación traumática, es decir, una situación que lo desborda y que puede o no (como se verá en el cuerpo de este trabajo) traerle consecuencias a nivel del afecto, laboral, económico, social, etcétera.

De éstos y otros temas relacionados se abordarán en este trabajo, se tratará de dar una aproximación a lo que es un trauma, una experiencia traumática, cómo responde el sujeto a un evento traumático considerando que no todos reaccionarán de la misma manera dado que hay personas vulnerables y otras resistentes a las adversidades. Se

expondrá también algunos de los tratamientos psicoterapéuticos que Pérez Sales considera como relevantes en el tratamiento de las reacciones postraumáticas.

En la actualidad se cuenta con variados modelos de tratamientos psicoterapéuticos efectivos, el objetivo de este trabajo no es exponer cuál sería el apropiado para trabajar con personas que han sufrido una experiencia traumática, sino que es plantear cuáles son los terapeutas más adecuados para trabajar con ellos. Ya que se entiende que es el terapeuta a quien le corresponde con sus cualidades actitudinales propiciar cambios constructivos y enriquecedores en los seres humanos que atiende. (Rogers, 1984, citado en Herrera & García, 2003, p. 112).

Dicha producción monográfica se enmarca dentro de la propuesta de elaboración de un Trabajo Final de Grado para la Licenciatura en Psicología, de la Universidad de la República.

Desarrollo

Aproximaciones al Trauma

Origen del concepto

En la literatura existe una amplia gama de definiciones con respecto al significado de trauma o experiencia traumática. Si bien es un término que tiene sus antecedentes en los escritos religiosos y filosóficos de la antigüedad, se remonta al año 1889 cuando Pierre Janet publicó *L'Automatisme Psychologique* en donde abordó el tema de cómo la mente humana procesa las experiencias traumáticas. Él sería el primero en describir “como la disociación era la respuesta psicológica de defensa más común contra las abrumadoras experiencias traumáticas”. (Johnson, 2009, citado en Cruz Villalobos, 2012, p. 176).

Sin embargo, algunos diccionarios históricos remiten a que el primero en usar la palabra trauma en el ámbito psicológico fue Freud, quien se centró en las teorías del funcionamiento psíquico.

Es considerable destacar que el término trauma tuvo un origen quirúrgico, el cual proviene de un concepto griego que significa “herida”. En el discurso médico está relacionado de forma directa con el cuerpo, con “desgarro de la piel o de la capa protectora del cuerpo que daba lugar a una reacción generalizada de todo el organismo con consecuencias catastróficas”. (Leys, 2000, p. 19). Empero, Freud adopta de la medicina tradicional el concepto de trauma para referirse a una herida o ruptura dentro del aparato psíquico, considerándolo como punto principal en la etiología de las neurosis.

Martín Baró recoge lo que señala Freud de trauma como una herida y lo contextualiza, incluyendo la noción de trauma psicosocial. Este autor expresa que además de la particular herida que una experiencia difícil o excepcional deja en una persona, hay que hablar de trauma social para referirnos a cómo los procesos históricos pueden haber afectado a toda una familia o comunidad. El trauma si bien se produjo socialmente, se alimenta de la relación dialéctica entre individuo y sociedad. Pero dependerá de la magnitud que tengan las vivencias personales de cada individuo para determinar el grado de afectación ocasionado por el trauma. (Pérez Sales, 2004, p.33).

Otros autores como Laplanche & Pontalis (1996) definen al trauma como un “acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica”. (p.447). Siguiendo esta definición, Marucco (2015) señala que la palabra acontecimiento no alude tanto a la irrupción de cantidad que rompe la barrera antiestímulo y penetra salvajemente (como el trauma de guerra o accidentes), sino a “algo” que acontece en la vida del sujeto y que se caracteriza por su intensidad, es decir por la capacidad de adecuación y respuesta que tiene cada individuo frente a la intensidad de un acontecimiento. (p.1).

Para Benyakar & Lezica (2005)

“Trauma” explicaba también toda angustia infantil; era el núcleo de las neurosis adultas y también de las psicosis, las perversiones, las patologías de la acción, etc. El “trauma” hacía comprensible las difíciles patologías psicósomáticas; en fin, todo aquello referido al sufrimiento humano era comprendido bajo tal concepto y, por lo tanto, pasible de ser tratado bajo ese modo. (p. 14).

Para la teoría psicoanalítica de las neurosis, “Un trauma es una situación en la cual las formas habituales de adaptación de una persona han fracasado. La persona busca entonces formas de adaptación nuevas y mejores”. (Fenichel, 1996, p. 145).

Como se puede apreciar, el psicoanálisis siempre ha demostrado un gran interés por los efectos del trauma temprano, debido a que además de ser un tema muy controvertido va a desembocar en el debate realidad externa (objetiva) y mundo interno (fantasía).

Se puede decir entonces que Freud fue una figura clave en la historia de la conceptualización del trauma (Leys, 2000, p.18) ya que el recorrido que hizo a lo largo de su obra expone una modificación en el concepto de trauma psíquico: desde el trauma relacionado a la etiología de las psiconeurosis (trauma psíquico sexual infantil), al concepto de situación traumática (Freud, 1926), en relación con la angustia.

Freud relacionó el concepto de trauma con el de angustia para llegar a la caracterización de lo que denominó situación traumática. “El factor determinante de la angustia automática es una situación traumática, y esta es, esencialmente, una vivencia de desvalimiento del yo frente a una acumulación de excitación, sea de origen externo o interno, que aquel no pudo tramitar”. (Freud, 1926, p.77).

En palabras de Tutté (2002),

el trauma, en términos psicoanalíticos, es siempre una situación traumática infantil, una situación siempre compleja, en la que interviene tanto el mundo externo como el interno, que activa una fantasmática y fundamentalmente, que no pone en juego tan solo al sujeto y una efracción de su barrera antiestímulo, sino una situación vital: el desvalimiento. (p.6).

Nuevos aportes a la conceptualización de Trauma

Con el paso del tiempo “observamos que nos hemos habituado a denominar trauma no a la “herida psíquica” (tipo de daño psíquico, en este caso una disfunción específica) sino al evento que la produce”. “Hablamos de una situación, un hecho, un evento o suceso traumático”. (Benyakar & Lezica, 2005, p. 18). Es considerable definir entonces al trauma como una “experiencia que constituye una amenaza para la integridad física o psicológica de la persona”. (Pérez Sales, 2006, p.37).

En términos generales, el trauma es un concepto que hace alusión a las alteraciones que siguen a un hecho angustiante o atemorizante, desde accidentes, incendios, inundaciones y catástrofes sociales o naturales, hasta daños que puede ocasionar el propio ser humano, como por ejemplo guerras, secuestros, asesinatos, agresiones sexuales, etcétera. Se trata de sucesos con el que la persona no espera encontrarse en ningún momento de su vida porque no forma parte de las experiencias humanas habituales.

En suma, se puede definir al trauma como todo hecho vital de carácter negativo que afecta en mayor o menor grado a los sujetos.

Sin embargo existen acontecimientos que si bien causan dolor y sufrimiento no son propiamente traumáticos, ejemplos de esto pueden ser la salida de los hijos del hogar, mudanzas, pérdidas no deseadas de parejas, la muerte de un ser querido, la jubilación impuesta, entre otras.

Con el pasar de los años los términos “trauma” y “traumático” fueron adquiriendo nuevos significados. ¿Pero se puede considerar acertado utilizar estos dos términos en un mismo sentido? Casas de Pereda plantea que ambas situaciones no entran en

oposición, debido a que considera al trauma como un acontecimiento puntual, y lo traumático como una reiteración de ese acontecimiento.

Creo que en el momento actual todos podemos coincidir en que lo traumático no es necesariamente un único acontecimiento vivido por el sujeto, sino lo tramitado a lo largo de la historia libidinal del sujeto e inmersa (reconocida o no) en el discurso familiar. (Casas de Pereda, 2005, p.6).

Echeburúa (2009) sostiene que en realidad “el trauma es la reacción psicológica derivada de un suceso traumático”. (p.30). Cualquier acontecimiento de este tipo trae como consecuencia el quiebre del sentimiento de seguridad de la persona en sí misma y en los demás.

Benyakar & Lezica (2005) plantean que no se puede denominar situación traumática a aquello que es una situación fáctica. (p.63). “Lo fáctico como un amplio arco de fuentes de estímulos en uno de cuyos polos ubicamos el cuerpo, realidad externa respecto del psiquismo, que funciona con sus propias leyes, imponiendo al sujeto exigencias de trabajo psíquico”. (p.26).

Desde el punto de vista del sujeto, lo fáctico comprende tanto lo fáctico externo (entorno, medio ambiente o mundo externo) como lo fáctico interno (el cuerpo), y que tanto lo corporal como lo ambiental pueden generar displacer.

Una de las formas de lo fáctico es “lo disruptivo”, la cual se define como “una cualidad que caracteriza a la situación (sea por evento o por entorno) y es la principal responsable de la forma en que esos hechos del mundo fáctico impactan en el psiquismo”. (Benyakar & Lezica, 2005, p.32).

En pocas palabras, lo disruptivo es el evento en sí. El trabajo del psicoterapeuta es ver cuál es el efecto psíquico que causa el evento, es imprescindible destacar que no todo lo que es terrible siempre va a producir un proceso psíquico patológico. Por lo tanto, lo que se quiere lograr a través de lo disruptivo es abrir un abanico de posibilidades, de síntomas y cuadros clínicos, los cuales no están incluidos dentro del concepto postraumático, cerrando de esta forma el espectro clínico de la diversidad humana. (Benyakar, 2010, ¶ 9).

Lo disruptivo tiene la cualidad de generar “efectos intrapsíquicos desestabilizantes”, ejemplos de esto pueden ser: la explosión de una bomba, un accidente, la muerte de un ser querido, el impacto que puede tener sobre un sujeto una crisis económica, etcétera. “Son sucesos que ponen a prueba nuestra capacidad de elaboración por sus cualidades intrínsecas; nos perjudican o nos exigen más allá de nuestra intervención y deseos”. (Benyakar & Lezica, 2005, p.33). A esto fue lo que Freud denominó situación traumática, a lo que desde lo externo impacta en el psiquismo de forma tal que lo desestabiliza. (Freud, 1895, 1896, 1898, citado en Benyakar & Lezica, 2005, p.64).

Es preciso considerar que el procesamiento que cada sujeto hace de sus vivencias va a permitir diferenciar los distintos tipos de impacto que afectan a su psiquismo, así como dilucidar si realmente ha tenido o no un efecto traumático. Entonces el término traumático debe referirse a un tipo específico de disfunción psíquica, y sólo si el examen psicológico demuestra un funcionamiento traumático a partir de una situación disruptiva, será considerada como una situación traumatogénica. (Benyakar & Lezica, 2005).

Pero para otros autores, en realidad, las reacciones que aparecen en las personas en un primer momento deben ser consideradas normales y no vistas desde la patología, es decir que deben ser consideradas dentro del contexto en las que se producen. En líneas posteriores se planteará que hay que hacer énfasis en el entorno y el contexto que se producen estas reacciones, y no siempre deben de tener una mirada desde la patología.

Por lo tanto una situación disruptiva habrá sido traumatogénica en la medida en que haya actuado impidiendo la normal articulación entre afectos y representaciones y que, como consecuencia, haya provocado el colapso de las relaciones entre lo psíquico, lo social, lo temporal y lo espacial. (Benyakar, et al., 1898, citado en Benyakar & Lezica, 2005, p.66).

Siguiendo esta línea, una situación disruptiva puede ser de un cierto modo para un tipo de persona o población, dependiendo de las cualidades intrínsecas de la situación en sí; en cambio esa misma situación disruptiva puede o no ser traumatogénica según el efecto psíquico que produzca en cada sujeto.

Experiencia traumática

Benyakar & Lezica sostienen que “la experiencia alude tanto a una situación por la que el sujeto atravesó como a lo elaborado subjetivamente durante –o a causa de- el evento en cuestión”. (2005, p.55). Definen la experiencia como una articulación entre un evento fáctico y una vivencia, ubicando al sujeto en la intersección entre ambas. El sujeto psíquico experimenta lo que le sucede en el interjuego del mundo externo y mundo interno.

Cabe destacar que la vivencia está conformada por la representación y el afecto, es la representación psíquica del suceso vivido y el afecto unido a éste.

Los autores anteriormente mencionados expresan:

En este sentido, resulta particularmente interesante la idea de que más allá de los significados formales de las palabras, los mapas, los esquemas o cualquier representante abstracto de la cosa, será la vivencia la que dotará de sentido personal a la experiencia. Ella es la que le otorgará significado personal. De otro modo, lo que pretendemos llamar experiencia no sería sino mera información. (2005, p.42).

Dichos autores diferencian vivencia de vivenciar, señalando que este último es el que le da continuidad a la actividad psíquica, el cual comienza desde el nacimiento y va a dar lugar a las articulaciones de las vivencias entre sí. “Es una permanente transformación y retroalimentación de la vivencia que, en su devenir, no queda simplemente sujeta al impacto exterior sino que va transformándose desde lo interno”. (p.48).

La vivencia traumática emerge como producto de la desarticulación entre el afecto y la representación, esta “es conceptualizada como el resultado subjetivo del encuentro entre una situación (fáctica) traumatogénica y el desencadenamiento psíquico de la secuencia desvalimiento-angustia automática, seguido de una falla de la función autorreguladora integradora”. (Benyakar & Lezica, 2005, p.107).

La experiencia entonces “será traumática en la medida en que la situación, de potencial disruptivo, haga emerger-en forma masiva y repentina- angustia automática,

angustia que no permite el desarrollo de defensas psíquicas eficaces, es decir, defensas psíquicas que den lugar a la elaboración o metabolización”. (Benyakar & Lezica, 2005, p.108).

Pérez Sales (2006) desde su enfoque, plantea al trauma como una experiencia que constituye una amenaza para la persona, que está asociada frecuentemente a vivencias de caos y confusión durante el hecho. Sostiene que “quiebra una o más de las asunciones que constituyen los referentes de seguridad del ser humano, especialmente las creencias de invulnerabilidad y de control sobre la propia vida”. (p.37).

Bleichmar (1986, citado en Dryzun, s.f., ¶19) expresa que:

las situaciones traumáticas existen en la infancia y pueden determinar factores de vulnerabilidad del niño y del adulto por venir, pero también existen en la vida adulta y las condiciones de reparación y superación pueden actualizarse creando nuevas estructuras defensivas que antes no existían.

Se puede decir que estas situaciones traumáticas producen una desestructuración tal en el psiquismo del sujeto, que el daño y las defensas desarrolladas se incorporan en la reorganización frente al trauma. (Lira, et al., 1991, p.5).

Estos últimos autores señalan que los mecanismos defensivos que predominan son: la represión, la negación, la disociación y la identificación proyectiva; y la sintomatología psíquica que se manifiesta es de carácter depresivo y angustioso.

En términos descriptivos podemos señalar que el yo intenta evitar ser desbordado por la aparición de la angustia automática ante la cual se halla indefenso, estableciéndose una especie de simetría entre el peligro externo (experiencia traumática - traumatización extrema) y el peligro interno (incapacidad del yo de controlar adecuadamente la angustia automática provocada por la traumatización extrema). (Lira, et al., 1991, p.5).

En líneas anteriores se mencionó que los eventos traumáticos pueden clasificarse como traumas inducidos por el ser humano y desastres ocasionados por la naturaleza. Se cree que los desastres naturales probablemente no tengan las mismas consecuencias que los eventos traumáticos causados por el hombre, dado que este

último comporta un carácter de intencionalidad en el daño (Burt, 1987, Janoff-Bulman, 1992, citados en Pérez Sales, s.f.) y debilitan la confianza en el ser humano.

En palabras de Dryzun (s.f.) “Daño como la estimación subjetiva de una posible amenaza y pérdida de la potencia personal para enfrentar una adversidad. El daño siempre remite a una condición del pasado y es memoria de un sufrimiento que marcó al sujeto”. (¶ 2).

En cambio, los eventos provocados por la naturaleza generan mayor incertidumbre e ideas de fatalismo. Pero no cabe duda que cualquiera de estas dos clasificaciones pueda desestabilizar al sujeto, dependiendo del impacto que haya tenido para éste.

Algunos autores sostienen que las personas afectadas por eventos provocados por el hombre presentan un mayor número de síntomas de estrés, los cuales persisten por más tiempo. Esto sucede debido a que las personas expuestas a estos eventos tienen una mayor sensación de pérdida de control que las personas que han sufrido desastres naturales. “Muchos de los hechos traumáticos provocados por el hombre alteran la visión positiva de sí y de los otros, ya que frecuentemente, las víctimas han sido denigradas y/o violadas en su dignidad”. (Páez, et al., 2001, p.11). Por ejemplo, un atentado terrorista genera en los supervivientes, así como es sus familiares de los asesinados un quiebre del sentimiento de seguridad, una sensación de indefensión y una pérdida de control, produciendo habitualmente problemas de readaptación a la vida cotidiana.

Otros han planteado que dos personas expuestas a un mismo evento no reaccionarían de la misma manera, ya que la capacidad de la persona para hacer frente al evento traumático está asociada a un importante número de factores, tales como: su sistema de creencias, experiencias previas de trauma, nivel de apoyo social, la percepción de su capacidad para hacer frente al evento, los recursos internos (como por ejemplo los mecanismos de adaptación), la predisposición genética, y otros factores de estrés en su vida en el momento del evento. (Johnoson, 2009, citado en Cruz Villalobos, 2012, p.176).

Hay personas que se caracterizan por ser más sensibles que otras, por ende cuando viven un suceso traumático están predispuestas a tener una respuesta más exagerada e intensa que otras ante un mismo suceso negativo. Esto refleja la variabilidad de las respuestas humanas.

Echeburúa (2009) expresa que la estructura del evento traumático explica los daños provocados por el primer golpe, pero es el significado que la persona le da a ese hecho, así como el apoyo recibido lo que va a explicar los efectos más o menos desbastadores del segundo golpe, siendo éste el que provoca el trauma. (p.41).

Elaboración de la situación traumática

“Todos los dolores pueden ser llevaderos si los colocas dentro de una historia o cuentas una historia acerca de ellos”. (Paul Ricoeur, s.f., citado en Cruz Villalobos, 2012).

“La vida consciente humana está caracterizada de modo central por su temporalidad e historicidad”. (Heidegger, 1951, Ricoeur, 2008; Vattimo, 1991, citados en Cruz Villalobos, 2012). La experiencia sensorial y afectiva en el ser humano es mediada desde el comienzo del lenguaje por las narraciones que respectan al pasado y al futuro, en base a las experiencias pasadas y las explicaciones que se dieron de éstas.

Los sujetos que han atravesado situaciones traumáticas se enfrentan al desafío de buscarle un sentido a lo sucedido, de elaborar una respuesta y de reconstruir una nueva visión de su entorno, de sí y de los otros. Cuando relata y repite lo que ocurrió va elaborando narrativas que finalmente es lo que se ve en la terapia.

Una persona elabora un concepto de sí en un proceso interno, privado, se espera que éste pueda historizarse y que logre narrar su historia a tal fin que se transforme en su propia historia. En psicoterapia se parte con lo que la persona trae a la terapia, es decir con su visión, su narrativa sobre sí mismo y los hechos.

Para afrontar los conflictos es necesario asumir la propia subjetividad, y para esto es necesario constituirse desde y con otro. El descubrimiento de la historicidad sólo prospera a partir de la relación del recuerdo compartido y comunicado con otro.

Por ejemplo, en los casos de víctimas de guerra y catástrofes el testimonio es una herramienta terapéutica fundamental. Está el uso de la acción política, las tareas de participación comunitaria, la construcción de una memoria colectiva de los hechos, los actos de mitigación del daño y reparación social de la dignidad de las víctimas. Desde

una perspectiva mayor, se puede incorporar elementos de carácter psicosocial y comunitario, con elementos de intervención familiar y técnicas de trabajo individual.

Heidegger (1951, citado en Cruz Villalobos, 2012, p.10) expresa:

Para poder ayudar a una persona a superar el recuerdo de los eventos traumáticos (que ya no existen de modo concreto, pero sí como narración presente o disponible), se debe facilitar la construcción (o reconstrucción) de nuevas narrativas de los hechos (o —hechos recordados-interpretados) que sean alternativas más saludables a los relatos anteriores y signifiquen reconceptualizaciones del yo y del ser-en-el-mundo.

Esta elaboración es posible realizarla en el proceso de la psicoterapia, en el encuentro con otro sujeto a quien se le atribuye un supuesto saber, generándose un espacio de transferencia, en la que se trabaja a partir de interpretaciones, señalamientos, silencios y otros recursos terapéuticos que van a generar que el hablante pueda significar sus conflictos. Pero no todos los sujetos van a responder a este proceso de la misma manera, Uriarte de Pantazoglu (1992, citado en García Vázquez, s.f., p.10) diferencia a “aquellos pacientes que, excelentes biógrafos de ellos mismos, no dejan escapar nada al olvido en una suerte de memoria sobreinvertida”, con aquellos otros que poseen “a lo sumo, vagas imágenes de lo vivido”.

Pérez Sales (2004) señala que el hecho traumático se caracteriza por su carácter de experiencia incomunicable, inexplicable e incomprensible, por lo que es necesario reconocer y trabajar a partir desde esta imposibilidad. (p.33). Pero para esto es fundamental entender y comprender el contexto, teniendo en cuenta que la verdad de los hechos no es un elemento necesario en la terapia.

La verdad tiene la particularidad de ir desfigurándose, lo que genera por ejemplo un problema para el derecho penal, ya que para la víctima lo que expresa es real pero no soporta recordarlo tal cual o hay detalles que olvidó, y luego de pasar un tiempo esta misma persona puede agregar y/o transformar su discurso. Como es sabido los juicios se basan en pruebas que se puedan demostrar, como ser las lesiones físicas, de esta forma desmerecen los daños psicológicos ya que vendrían a funcionar como una “herida invisible” en palabras de Echeburúa (2009), sin entender el proceso por el que atraviesa la víctima.

La evaluación del daño psicológico sufrido en las víctimas es fundamental para planificar el tratamiento así como para tipificar los daños.

Es preciso subrayar que hay personas que pasan por un proceso psicoterapéutico sin poder contar lo que les pasa. Es aquí donde el terapeuta debe de trabajar con la emoción, puede aplicar el EMDR (técnica que se explicará más adelante) ya que tiene un abordaje terapéutico muy efectivo en personas que demuestran estar angustiadas.

René Kaes expresa:

cómo la elaboración de una experiencia traumática compartida con otros pasa por el trabajo de la intersubjetividad, más precisamente por una pluralidad de referencias y de discursos. (...) No me refiero aquí a la catarsis (...) sino a la movilización de las funciones figurativas y representacionales del preconscious, funciones específicamente afectadas, paralizadas, puestas fuera de uso en la experiencia traumática. (2002, p.15).

Resulta interesante destacar la teoría del apego creada por Bowlby, pues esta intenta explicar la respuesta adulta a situaciones traumáticas a partir del estilo de vinculación en la infancia y del aprendizaje que este tipo de vinculación conllevó. A través de esta formulación se cree que la vinculación con los referentes afectivos en la infancia (padres) atendería una estructura neurobiológica dañada, que determinaría la respuesta adulta al trauma. (Pérez Sales, 2006, p.77).

Es en la etapa de la infancia donde el aparato psíquico comienza a formarse, en la que el lugar y el papel que ocupen y desempeñen las figuras de apego, (ya sea que actúen o no como barrera antiestímulo), le permitirán al niño desarrollar la capacidad de articular afecto y representación, o por el contrario, tendrá dificultades para mantener continuamente activo dicho proceso.

Es a raíz de esto que en psicoterapia el sujeto a quien se le atribuye un supuesto saber es quien vendría a comportar la parte de la realidad externa, es decir que se convertiría en una persona de confianza en la edad adulta que se ausentó en la infancia, indispensable para poder procesar la vivencia, para darle un nuevo comienzo.

Cyrulnik (2001, citado en Cruz Villalobos, 2012, p.11) manifiesta que:

el ser humano no solo siente dolor, sino que lo sufre, es decir, lo percibe, lo interpreta, y es en este proceso donde la narrativa puede cumplir una función fundamental de restauración, pues al transformar la desdicha en relato (cuento, testimonio, canto, poema o lienzo pintado), la persona se logra distanciar de ella haciéndola soportable, o más bien logra que la memoria de la desdicha del

evento traumático se —metamorfosea en narración propia de tal modo que la persona se apropia de sus emociones en ese acto.

Respuesta a los hechos traumáticos

Pérez Sales (2006) plantea que el hecho traumático está asociado a una marca, la misma puede ser consciente o inconsciente pero que se caracteriza por ser imborrable. El sujeto que haya atravesado por un acontecimiento de este tipo va a tener la necesidad de reconstruir lo vivido en búsqueda de un nuevo sentido o un nuevo final, este proceso será el auténtico núcleo de la terapia. Comienza cuestionándose sobre sí mismo y sobre su lugar en el mundo.

Dicho autor expresa: “los hechos traumáticos no actúan sobre una tabla rasa, sino sobre un sistema de creencias previo”. (2003, p. 45). El hecho va a marcar un antes y un después, considerando esa fractura como traumático.

Las diferentes respuestas psicológicas que un sujeto pueda tener estará en función del significado que adquiere el hecho traumático, lo que dependerá de la interacción entre el tipo y la intensidad del acontecimiento traumático, la biografía del sujeto, los factores biológicos, el entorno y el contexto social.

Comúnmente se concibe a una persona que ha sufrido una experiencia traumática como una “víctima”. Para Echeburúa & De Corral (2007) “una víctima es todo ser humano que sufre un malestar emocional a causa del daño intencionado provocado por otro ser humano”. (p. 374). Entonces, ¿aquel sujeto que sufrió un malestar ocasionado por la naturaleza no se lo consideraría como víctima? Con el fin de responder a dicha pregunta, Sigales (2006) plantea que el término víctima siempre se vincula a un daño causado por agentes externos.

Mendelsohn (1976, citado en Sigales, 2006, p.13) define como víctima a “una persona que se sitúa individualmente o que forma parte de una colectividad, que sufrirá las consecuencias dolorosas determinadas por factores de distintos orígenes: físicos, psicológicos, económicos, políticos, sociales y también naturales (catástrofes)”.

En relación a esto es necesario destacar que un suceso traumático no sólo puede afectar directamente a la víctima, sino que a su entorno también.

Echeburúa (2009) distingue víctimas directas de víctimas indirectas. Con respecto a las víctimas directas, lo que genera daño psicológico es la amenaza a la propia vida

del sujeto o a su integridad psicológica, así como también una lesión física grave y la percepción del daño como intencionado. Se considera que el daño es mayor cuando las consecuencias del hecho son múltiples, por ejemplo cuando ocurre una agresión sexual con robo o cuando un superviviente de un atentado no puede volver a ejercer su profesión.

Las víctimas indirectas tienen que ver con aquellos sucesos traumáticos que no sólo afectan a la víctima, sino que repercute en las personas que son allegadas a ésta. Por ejemplo cuando se produce la pérdida violenta de un familiar o la exposición al sufrimiento de los demás.

En palabras de Echeburúa (2009) "se trata de un efecto onda y de un efecto contagio". (p.36). La onda expansiva de un evento traumático actúa en círculos concéntricos, en el primer círculo están las víctimas directas, en el segundo círculo están los familiares que tienen que readaptarse a la nueva situación y afrontar el dolor, y el tercer círculo puede estar conformado por compañeros de trabajo, vecinos que pueden quedar afectados por el temor a un evento futuro.

El efecto contagio se relaciona con la convivencia con la víctima, compartir mucho tiempo con una persona que ha sufrido un evento traumático puede traer consecuencias importantes para el círculo familiar y puede ser el responsable de un deterioro físico y psíquico.

Desde modelos más optimistas se cree que no siempre las consecuencias a estos eventos (ya sea inducidos por el ser humano u ocasionados por naturaleza) son de carácter negativo, ya que se entiende que el sujeto cuenta con una capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de las adversidades. En palabras de Pelechano (2007):

se arranca del hecho de que en algunas personas, el haber sobrevivido a una experiencia traumática les lleva a un replanteamiento de vida, buscan más la propia intimidad e incluso pueden aparecer reconversiones espirituales acompañadas de filosofías de vida más satisfactorias que las que tenían con anterioridad. (p.75 y 76).

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.

Apunta especialmente a cambios en el nivel de promoción y prevención de la salud mental, centrándose en la perspectiva a futuro, el manejo de emociones positivas, la resistencia y la resiliencia. Esta teoría pretende crear estrategias de afrontamiento

para que los sujetos puedan aprender a cómo sobrellevar las situaciones de manera saludable, así como aprender a responder de forma más adaptativa a próximos eventos. Estas formas de afrontamiento van a depender del contexto, de la persona y pueden variar según la edad y la posición social.

Las emociones positivas contribuyen al afrontamiento del estrés. Sin embargo, el afrontamiento de situaciones adversas se ve favorecido por la resistencia y la resiliencia. Se afirma que las personas resistentes suelen sobrellevar el suceso adverso de un modo “natural” tendiendo a afrontar la situación, en cambio las personas resilientes no interrumpen la actividad y parecen permanecer indiferentes frente al suceso.

Un ejemplo interesante para explicar el tema de la resistencia, es el que propone Seligman (1975) denominado “indefensión aprendida”. Cuando los perros de laboratorio recibían una serie de choques eléctricos que de ninguna forma podían evitar, acababan aceptando resignadamente esos choques y mostraban una conducta de apatía y desesperanza muy parecida a la de la depresión humana. Es así que los perros aprenden que no pueden hacer absolutamente nada para cambiar la situación y se rinden. En cambio, Seligman alertó que no todos los perros que participaban en sus experimentos desarrollaban el síndrome de indefensión, ya que algunos se resistían. Estos ladraban sin detenerse, agredían a los experimentadores y después de extensas sesiones de choques eléctricos seguían haciendo grandes esfuerzos por escapar de la jaula experimental. Catalogó a dichos perros como “resistentes a las adversidades”. (Citado en Vázquez, et al., 2009, p. 8). Esto en cierta forma refleja lo que sucede con los seres humanos ya que están los que se resignan y los que se superan aprendiendo de las experiencias dolorosas.

Las personalidades resistentes se caracterizan por el “control emocional, la autoestima adecuada, unos criterios morales sólidos, un estilo de vida equilibrado, unas aficiones gratificantes, una vida social estimulante, un mundo interior rico y una actitud positiva ante la vida”. (Echeburúa, 2009, p.47).

También se ha apuntado a la existencia de otro tipo de consecuencia del trauma: el crecimiento postraumático, entendido como la posibilidad de aprender y mejorar a partir de los sucesos traumáticos de la vida. Es un cambio positivo que el sujeto experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de una experiencia traumática. Estos cambios se pueden ver en relación a una mayor gratitud

hacia la vida, tener una sensación de mayor fuerza personal o una mejora en las relaciones personales.

“Todo ello lleva a poder formular algunos principios para una psicoterapia de las reacciones traumáticas basada en los factores positivos y en la experiencia de las personas afectadas”. (Pérez Sales, 2004, p.31).

De esta forma, como se ha expuesto en líneas atrás, las conclusiones que se derivan de los estudios sobre trauma es que no hay una única forma de reacción frente a estas situaciones, y que las reacciones patológicas son menos frecuentes o persistentes de lo que se ha considerado hasta hace pocos años.

Muchas personas que han sufrido una experiencia traumática experimentan en los primeros momentos síntomas postraumáticos que no deben ser etiquetados como patológicos, sino como reacciones normales ante situaciones anormales. Desde la psicología tradicional se ha asumido que es necesaria la intervención de profesionales con el fin de prevenir la aparición de patologías, ignorando de cierta forma la recuperación natural. Empero, los datos registran que “alrededor de un 85% de las personas afectadas por una experiencia traumática siguen este proceso de recuperación natural y no desarrollan ningún tipo de trastorno”. (Vera, 2004, p.7).

Pues a pesar de esto se ha llegado a estigmatizar a las personas que no responden de forma patológica, y a asumir que existe una única forma de responder ante las vivencias traumáticas de la vida. (Bonnano & George, 2004, citados en Vázquez, et al., 2009, p.11). Por lo tanto, “la aproximación convencional a la psicología del trauma se ha focalizado exclusivamente en los efectos negativos del suceso en la persona que lo experimenta (...)”. (Vera, et al., 2006, p.40), tomando como normales y socialmente esperables las respuestas patológicas, como por ejemplo el desarrollo del trastorno de estrés postraumático (TEPT). Es por esto que a continuación se abordará sobre este trastorno, teniendo en cuenta los factores importantes que lo caracterizan.

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR), este trastorno aparece cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de acontecimientos que son potencialmente traumáticos, en la que representan un peligro real para la vida de éste o cualquier otra amenaza para su integridad física y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de temor, horror y desesperanza. (1997, p. 518).

Algunos síntomas que puede acaecer tras haber experimentado un acontecimiento traumático son: sufrir un elevado estado de ansiedad, irritabilidad, pesadillas, imágenes invasivas que aparecen de forma repetida en la conciencia y provoca angustia, sensaciones de extrañez y de irrealidad, tristeza, culpa por no haber sabido evitar el peligro o por haber sobrevivido, entre otras. Estos síntomas son considerados como respuestas naturales del cuerpo ante una agresión y son intentos por recuperar la homeostasis. (Pérez Sales, 2006, p. 69).

El TEPT es más probable, grave y/o duradero cuando el agente estresante es aplicado directamente por el hombre (p.ej., tortura, violación, violencia familiar, terrorismo). La probabilidad de desarrollar dicho trastorno aumenta cuando se incrementan la intensidad, duración y/o frecuencia del agente estresante y cuando este es experimentado directamente en vez de simplemente observado o transmitido. (Bados, 2005, p.3).

Sin embargo, los datos epidemiológicos indican que si bien es verdad que un porcentaje notable de la población general ha sufrido sucesos traumáticos, sólo una minoría de la población ha sufrido un TEPT aunque, notoriamente, haya podido tener reacciones psicológicas de una cierta intensidad. Además que del porcentaje de individuos que en los primeros meses pueden ser diagnosticados con alguna patología, la mayoría se va recuperando de forma natural y en un breve lapso de tiempo recupera el nivel normal de funcionalidad.

Esto da cuenta de la importancia que tiene para trabajar la prevención en los primeros momentos después de un suceso traumático, lo que puede ser la primera ayuda psicológica (PAP) con la finalidad de prevenir el desarrollo del TEPT. La PAP es una forma de respuesta humana, de apoyo a otro ser humano que está sufriendo y que puede necesitar ayuda. Es una alternativa al “debriefing psicológico” que Echeburúa & De Corral (2007) hacen mención, pero que se ha probado no efectivo. Por el contrario, la PAP incluye factores que parecen ser de gran ayuda para la recuperación de las personas a largo plazo (según varios estudios y el consenso de muchas entidades de ayuda humanitaria). Estos factores son: “sentirse seguro, conectado con otros, en calma y con esperanza; tener acceso a apoyo social, físico y emocional; y sentirse capaz de ayudarse a sí mismos como individuos y comunidades”. (Organización Mundial de la Salud, 2012, p. 4).

Volviendo a lo anterior y siguiendo al DSM-IV-TR, entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno de estrés postraumático no sólo se incluye a los ex-combatientes de guerras, a las personas torturadas, a los

supervivientes del terrorismo o a las víctimas de desastres naturales sino que abarca también a las víctimas de violencia familiar, los accidentes de tránsito e incluso a personas diagnosticadas por enfermedades terminales.

Echeburúa (2009), manifiesta que las víctimas afectadas por un trauma pueden suponer el 1% o el 2% de la población adulta. Son más las que están o han estado expuestas a sucesos traumáticos, pero sólo la minoría padece realmente el trauma. Esto va a depender del tipo de suceso y de las características psicológicas de la persona.

El trauma puede estar presente en el 15%, 20% de quienes padecen un accidente o una catástrofe, pero estas cifras pueden ser considerablemente más elevadas en personas que hayan experimentado un hecho violento, como por ejemplo las víctimas de violencia familiar, de agresiones sexuales o de terrorismo. (p. 42).

Resulta interesante resaltar que son las mujeres quienes viven el trauma con mayor frecuencia y gravedad, sobre todo cuando han sufrido una agresión sexual o la muerte violenta de un hijo. En el caso de los hombres es más frecuente haber sido víctima de terrorismo, o en menor grado haber sufrido un accidente de tránsito o laboral. Si bien son muchos los que pueden estar expuestos a un acontecimiento traumático, son pocos los que viven después con el trauma.

Siguiendo a Echeburúa (2009), sostiene que el tiempo corre habitualmente a favor de las víctimas. Un ejemplo de esto es un estudio que se realizó tras los atentados del 11 de septiembre en Nueva York en donde se muestra que, si bien en una primera evaluación realizada un mes después de los atentados la prevalencia de TEPT en la población general de Nueva York era de 7.5%, seis meses después este porcentaje había descendido a un 0.6% (Galea, Vlahovm, Ahern, Susser, Gold, Bucuvalas & Kilpatrick, 2003, citados en Vera, et al., 2006, p.41). Esto significó que la gran mayoría de las personas había seguido un proceso de recuperación natural, logrando desarrollar una respuesta adaptativa donde los síntomas desaparecieron y volvieron al nivel de funcionalidad normal.

Evidentemente puede haber casos de trastorno de estrés postraumático, y es necesario encontrar técnicas que ayuden a estas personas, siendo imprescindible la construcción de una buena alianza terapéutica. Pero por otro lado, un problema sumamente grave es considerar esto como una única respuesta frente al suceso traumático.

Un aspecto destacable a subrayar es que se acentúa mayoritariamente en la reacción de la persona y no tanto en el tipo de acontecimiento traumático que lo atravesó.

Por ello, si ya en la categorización de este cuadro clínico lo importante no es el tipo de suceso sufrido sino la reacción de la víctima, es indispensable en la clínica contar con una intervención psicoterapéutica. Pero según McNally (2007, citado en Echeburúa & De Corral, 2007), “no todas las víctimas necesitan una terapia para salir adelante”, y por otra parte es importante recalcar que no todas las personas que hayan sufrido un evento traumático van a tener diagnósticos de estrés postraumático.

A raíz del planteo de McNally surgen estas interrogantes: ¿Cuándo no es necesario un tratamiento? ¿Cuándo un sujeto necesita de un tratamiento para superarse? ¿Qué tipo de tratamiento sería el adecuado, dependiendo de qué factores?

Cuándo se requiere un tratamiento y cuándo no

(...) “Si la psicoterapia no es siempre suficiente, por lo menos es siempre necesaria”. (H. Ey, et al., 1996, p. 944).

Los enfoques clínicos para abordar el trauma han oscilado entre el modelo de la psiquiatría, el cual se orienta al tratamiento de los síntomas, y el psicoterapéutico orientado al tratamiento del trauma. (Echeburúa, 2004, citado en Echeburúa & De Corral, 2007, p.380 y 381). Es este último el que se ha tratado y se pretende explicar, a la luz de responder las interrogantes anteriormente mencionadas.

Siguiendo la idea de McNally, existen personas que no necesitan de un tratamiento para salir adelante después de haber sufrido un evento traumático. Debido a que “el equilibrio psicológico previo, el transcurso del tiempo, la atención prestada a los requerimientos de la vida cotidiana y el apoyo familiar y social contribuyen muchas veces a digerir el trauma”. (Echeburúa & De Corral, 2007, p. 377).

Avia & Vázquez, 1998, Bonanno, 2004 (citados en Vera, et al., 2006, p. 41) manifiestan que: “las personas suelen resistir con insospechada fortaleza los embates de la vida, e incluso ante sucesos extremos hay un elevado porcentaje de personas

que muestra una gran resistencia y que sale psicológicamente indemne o con daños mínimos del trance”.

Si bien, la realidad demuestra que las personas que experimentan una situación traumática son capaces de aprender y beneficiarse de tales experiencias, en otros casos se da lo contrario, ya que llegan a desarrollar algún tipo de trastorno.

Echeburúa & De Corral, 2007, p. 377 señalan que:

estas personas se encuentran atrapadas por el suceso sufrido, no recuperan sus constantes biológicas en relación con el sueño y el apetito, viven atormentadas con un sufrimiento constante, tienen dificultades para controlar sus emociones y sus pensamientos, se aíslan socialmente y se muestran incapaces de hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana, adoptando a veces conductas contraproducentes (beber en exceso, comer más o menos de la cuenta, automedicarse, etc.).

A raíz de estas cuestiones, se asume que estas personas requieren de una intervención terapéutica.

Dichos autores sostienen que una víctima de un evento traumático sólo debe buscar ayuda terapéutica cuando las reacciones psicológicas que lo perturban dura más de 4 a 6 semanas, cuando hay un cambio negativo en el funcionamiento cotidiano o cuando la persona se siente desbordada por sus pensamientos, sentimientos o conductas. Otro punto que indica que debe buscar ayuda terapéutica es cuando la víctima se niega a hablar con sus pares con respecto al trauma, o cuando no cuenta con un apoyo social que lo ayude a salir adelante, ya sea porque éste se aísla o porque lo eviten. (p. 378).

Dentro de este marco, ¿cómo responde entonces la psicoterapia a una situación traumática? “La psicoterapia no es la simple simpatía o el apoyo humanitario de un ser débil o que sufre: se trata de actitudes y de intervenciones calculadas para las que es indispensable una formación especial”. (Ey, et al., 1996, p.944).

Feixas & Miró (1993), definen a la psicoterapia como: “un tratamiento ejercido por un profesional autorizado que utiliza medios psicológicos para ayudar a resolver problemas humanos en el contexto de una relación profesional”. (p.16).

Laplanche & Pontalis (1967, citados en guía clínica para la psicoterapia, 2004, p.100) definen: “Psicoterapia es, en un sentido amplio, todo método de tratamiento de los

desórdenes psíquicos o corporales empleando medios psicológicos y de manera más precisa, la relación terapeuta- paciente”.

Esta relación de ayuda busca que la persona que consulta por una situación traumática pueda afrontar psíquicamente la situación por la que está atravesando.

Siguiendo la huella de Pérez Sales la psicoterapia no se fundamenta en el criterio de verdad, sino con lo que el sujeto trae a la terapia. “Es decir con su visión, con su narrativa sobre sí mismo y sobre los hechos, y con la construcción de una verdad que le es soportable y le permite vivir”. (2004, p.33). “No necesitamos saber la “verdad” de lo ocurrido para poder ejercer un rol de ayuda”. (2003, p.49). Lo que sí se necesita en palabras de Echeburúa & De Corral (2001, citados en Echeburúa, 2008, p.203) es que se logre una alianza terapéutica: “equilibrio emocional, sentido común, capacidad de empatía, ausencia de rigidez y ganas genuinas de ayudar”.

Una buena psicoterapia es aquella que puede sostener un proceso terapéutico, un proceso de cambios, de crecimientos, y enriquecimiento psíquicos, con influencias positivas en el modo de estar en el mundo, en los vínculos, en los vínculos consigo mismo y con otros, en las acciones y en las producciones de cada uno. (Fiorini, s.f., p.1).

Entonces es por medio de las actitudes del terapeuta lo que va a propiciar cambios que construyan y enriquezcan al sujeto que consulta.

El vínculo terapéutico ayuda a facilitar y restablecer la capacidad de confiar por parte del sujeto que consulta, estableciendo una relación real, que tiene como contenido hechos reales. Arciero (2006) señala que “en toda persona es permanente una composición y recomposición de la identidad propia”. (Citado en Cruz Villalobos, 2012, p. 182). El terapeuta ofrece su capacidad de contención, y es a través de la verbalización y del diálogo, que se hace posible recuperar la experiencia traumática.

Ricoeur plantea que el lenguaje tiene un rol importante para la apropiación del significado de la propia experiencia y la comunicación de sentido. Captar el significado de lo que el sujeto trae a la consulta correspondería a la capacidad de comprender la propia experiencia. (Citado en Cruz Villalobos, 2012, p.183).

Como se puede apreciar la psicoterapia parece haber logrado un lugar importante dentro de las prácticas clínicas. Muchos reconocen su exitosa funcionalidad por lo que se han creado diferentes dispositivos para emplearla, intentando siempre alcanzar el

mayor número de demandantes. Se podría afirmar entonces que la psicoterapia se ha transformado en un objeto de consumo masivo. (Jiménez, 2000).

A pesar de esto, este modo de intervención no ha sido exento de cuestionamientos ya que desde sus comienzos se ha dudado de su efectividad como intervención clínica.

Ya ha pasado mucho tiempo desde que Eysenck (1952) cuestionara la efectividad de la práctica psicoterapéutica. En todos estos años ha pasado a ser un tema central de estudio y su importancia emerge en que sus conclusiones reconocen tanto un avance en la comprensión del cambio psicológico, como una optimización de la práctica clínica.

En la década de los 70 con el desarrollo de los metaanálisis se pudo evaluar los resultados de cientos de estudios sobre los efectos de los tratamientos psicoterapéuticos, logrando que se confirmara tanto la eficacia como la efectividad de los mismos.

En la guía clínica para la psicoterapia (2004) se enuncia: “El efecto es claro: los primeros metaanálisis ya mostraban que el 80% de los pacientes tratados estaban mejor que los no tratados.” (p.108). No sólo acelera el proceso de mejora, sino que provoca cambios en las estrategias de afrontamiento frente a los problemas.

Es característico en estos estudios que no solamente traten de identificar el tipo más efectivo de tratamiento, sino que estudian las condiciones del éxito y el fracaso. En relación a esto, los mismos han demostrado que no existe una única forma de psicoterapia que pueda resolver todos los problemas y abordar todas las patologías.

Pero si bien con el transcurso de los años han aparecido diferentes modalidades de tratamiento y una proliferación de acercamientos teóricos, se puede decir que los estudios sobre la efectividad de las intervenciones no han permanecido a la par con los desarrollos clínicos. (Bernal, 1993 citado en Santibáñez, et al., 2009, p. 272). Es probable que esta situación se dé de esta manera dado por lo peculiar de la interacción que surge entre los sujetos que se ven involucrados en una psicoterapia, proceso comprendido en un espacio de intimidad donde los protagonistas poseen roles diferentes (terapeuta - consultante).

Es así que varios investigadores llegaron a la conclusión de que el cambio del paciente en el proceso psicoterapéutico deriva de la acción de “variables inespecíficas” o “factores comunes” compartidos por los diferentes enfoques. (Opazo, 2001, citado en Santibáñez, et al., 2009, p.273). Estas variables o factores son los aspectos que

conforman al consultante, al terapeuta y a la relación entre ambos, que son comunes a cualquier psicoterapia independientemente de las técnicas o marco teórico que se utilice.

“Diversas investigaciones permiten hoy afirmar que la evidencia más sólida que relaciona proceso y resultado, es la alianza terapéutica”. (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004, citados en Santibáñez, et al., 2009, p. 273). La calidad emocional y relacional del vínculo entre el paciente y terapeuta es una parte imprescindible del éxito del proceso psicoterapéutico.

Echeberúa & De Corral (2001, citados en Santibáñez, et al., 2009, p.271) plantean que:

la evaluación de la efectividad de la intervención psicoterapéutica es un tema de relevancia social, considerando que es necesario delimitar los componentes críticos de las intervenciones apoyadas en la evidencia, a fin de ajustar el desarrollo de la Psicología al progreso científico, y con ello responder a las características cada vez más complejas de la sociedad, ajustándose a las necesidades propias de la población.

Por último es considerable señalar que una psicoterapia efectiva puede conllevar directa o indirectamente a aumentar la productividad en el trabajo o estudio, aportando a elevar la creatividad, la asertividad, la autoestima y puede favorecer la calidad de vida tanto a nivel privado como familiar. (Herrera & García, 2003, p.115).

Qué tipo de tratamiento sería el adecuado, dependiendo de qué factores

En la revista de Psiquiatría de Uruguay titulada: “Guía Clínica para la Psicoterapia” (2004) que se ha hecho mención en reiteradas ocasiones, realiza la siguiente clasificación distinguiendo cuatro grandes modelos de psicoterapias. Vale la pena expresar que si bien es un tema que no se abordará en profundidad en este trabajo, se quiere dejar presente que las mismas son:

- Las basadas en una mayor comprensión de sí mismo y de los conflictos pasados y presentes (psicoanálisis).

- En la adquisición y aprendizaje de nuevos comportamientos (cognitivo-comportamental).
- En la modificación de las pautas de relación interpersonal dentro del abordaje del sistema relacional como un todo (sistémica).
- En facilitar nuevas experiencias en el aquí y ahora (experienciales y corporales). (p.111).

Resulta importante aclarar que estos no son considerados como los únicos modelos, pero sí los que tienen un gran peso en el accionar de las psicoterapias vigentes.

Pérez Sales (2006) señala las técnicas que considera específicas en el tratamiento de reacciones postraumáticas, todas caracterizadas desde un enfoque diferente:

- La exposición en el tratamiento de reacciones postraumáticas: la utilización de esta técnica tiene que ver con la valoración que el terapeuta hace de lo ventajoso que puede resultar para el paciente enfrentarse a aquellas situaciones que le generan altos niveles de ansiedad, con el fin de poder controlar estas situaciones y enfrentarse a ellas con una disminución significativa del miedo.

Para Echeburúa (2009), el objetivo de esto es activar la memoria, desactivar la estructura cognitiva del miedo y así aumentar la habilidad de la víctima para pensar y hablar sobre lo ocurrido. De cierta forma esto ayudaría a que el paciente pueda pensar sobre estas situaciones y poder integrarlas en el contexto de su experiencia general.

Cuando un terapeuta haya elegido la exposición como técnica de tratamiento, tendrá que considerar algunas medidas respecto a la modalidad de exposición que utilizará, la conveniencia o no de aplicar la técnica teniendo en cuenta las peculiaridades del caso, como también la consideración de los factores potenciadores de un buen resultado terapéutico. (Pérez Sales, 2006, p. 367).

Hay personas que se resisten a contar la misma historia porque puede resultarles muy doloroso, es por esto que es importante la calidad de la relación terapéutica entre el terapeuta y la víctima.

La técnica de exposición a los sucesos traumáticos, sólo puede aplicarse cuando hay una buena relación terapeuta-paciente y la víctima se siente preparada para hacerlo. Es fundamental la escucha activa en un ambiente tranquilo, de máxima confidencialidad, y la expresión de emociones.

- El EMDR, sigla en inglés que significa Eye Movement Desensitization Reprocessing: esta técnica se la conoce por su efectividad para el tratamiento de los TEPT. La creadora del EMDR fue la neuróloga y psicoterapeuta cognitivo conductual Francine Shapiro. Esta lo define como

una estrategia integradora que conjuga elementos de diferentes orientaciones, sintetizando elementos de modelos como el psicodinámico, cognitivo, conductual, experiencial y orientaciones corporales. Se identifican los acontecimientos pasados que contribuyen a la disfunción, los acontecimientos actuales que la desencadenan y las habilidades y recursos internos que necesitan ser incorporados para una vida plena y saludable. (Shapiro, s.f., citado en Pérez Sales, 2006, p. 380).

Dicha técnica fue la primera de un grupo de nuevas terapias que no se especializaba en las narraciones de experiencias traumáticas, sino que les pedía a los pacientes con TEPT que centraran intensamente su atención en las emociones, sensaciones y significado que tenía la experiencia traumática a la vez que seguían la mano del médico quien inducía la aparición de movimientos sacádicos oculares lentos. Se ha constatado que en personas que han atravesado un único acontecimiento traumático, el EMDR ha dejado muy buenos resultados.

- Hipnosis: la hipnosis no se considera una terapia, es un método facilitador de otras estrategias en el curso de una psicoterapia. “Los profesionales que trabajan con hipnosis han de estar adecuadamente formados en psicoterapia, en general, y en hipnosis en particular”. (Pérez Sales, 2006, p. 393).

Cabe destacar que después de un hecho traumático, muchas personas experimentan fenómenos disociativos. Pero aunque se mantengan fuera del campo de la conciencia, los sucesos traumáticos disociados, continúan teniendo influencia sobre la vida psíquica de la persona. “La disociación se entiende desde aquí como una alteración de la conciencia, caracterizada por una desconexión experiencial o desimplicación del self o del ambiente”. (Pérez Sales, 2006, p. 394).

La hipnosis al igual que la disociación implica una pérdida de integración entre pensamientos, sentimientos y conductas en el flujo normal de la conciencia. Pero a diferencia de ésta, la hipnosis ocurre en un contexto controlado en la que involucra la evocación intencional de un estado especial caracterizado por focalización de la atención, distorsiones de la percepción y experiencia subjetiva de involuntariedad. (p. 394 y 395).

Un hecho a resaltar es que muchos pacientes con TEPT sufren de fenómenos disociativos, de forma que el tratamiento terapéutico funciona para muchos como el alivio de esa disociación. Es mediante la hipnosis que los sujetos pueden aprender a desarrollar ciertas técnicas que les permita modular y poner bajo control los fenómenos estresantes.

Esta técnica puede facilitar la recolección del evento traumático que se pretende lograr en otros modelos terapéuticos, al facilitarle al paciente técnicas para aplacar y controlar la intensidad y el estrés de la memoria traumática

Para que esta sea considerada efectiva, los pacientes deben de ir adquiriendo un progresivo control sobre los recuerdos que van surgiendo.

Es importante destacar que la hipnosis puede ser integrada en otras terapias, como ser las cognitivas, psicodinámicas, farmacológicas, etcétera.

- Enfoque de grupo: como se señalará más adelante, trabajar las situaciones traumáticas desde un proceso grupal significa establecer vínculos con otras personas que han pasado por una situación similar, lo que puede resultar muy útil ya que estos sujetos llegan por una ruptura de algunos de los elementos estructurantes básicos del ser humano, como ser la confianza en uno mismo, la creencia en la bondad de los otros, en la posibilidad de establecer vínculos afectivos significativos, de seguridad y predictibilidad, etcétera. (Pérez Sales, 2006, p. 408).

Algunas de las ventajas de este enfoque en relación a personas que han sufrido un evento traumático son: reconstruir la memoria personal y construir una memoria colectiva, dar sentido a lo ocurrido, compartir emociones negativas expresándolas o viéndolas en otros, evitar contextos de incomprensión o culpógenos, establecer vínculos positivos, entre otros. La eficacia de este enfoque radica en que permite llegar a un número mayor de personas.

Ninguna psicoterapia considerada aisladamente puede ofrecer tratamiento efectivo para todo el rango de dificultades que experimentan las personas con problemas de salud mental. Beutler & Clarkin (s.f., citados en la guía clínica para la psicoterapia, 2004, p.109) ponen de manifiesto que “la efectiva planificación del tratamiento debe involucrar una descripción confiable y válida de las áreas problemáticas que son el foco de la intervención”.

Actualmente como se exponía en líneas anteriores, está demostrado que la psicoterapia es más efectiva que la ausencia de ella, por lo tanto se ha focalizado en

distinguir los factores de la psicoterapia relacionado con la producción de cambio en los sujetos que consultan. Es por esto que no se puede poner en cuestión qué modelo de psicoterapia tiene más efectividad ya que de lo que depende realmente es de las variables del proceso, que no incluye los aspectos técnicos de cada modelo.

Se ha podido demostrar que algunos terapeutas logran mejores resultados que otros. Esto sugiere que la eficacia y la eficiencia dependen no sólo de las características del paciente y del modelo de tratamiento seleccionado, sino también de las variables del terapeuta.

Entonces surge una nueva pregunta ¿cuáles son los terapeutas más adecuados para qué pacientes? Más precisamente en lo que atañe a este trabajo ¿Cuáles son los terapeutas más adecuados para trabajar con sujetos que han sufrido una experiencia traumática? Ya que de acuerdo a un determinado estilo de terapeuta, se utilizará intervenciones específicas y esto beneficiaría más a un tipo de pacientes particulares, influyendo en el resultado de la psicoterapia.

Continuando en esta línea Garfield (1981, citado en Winkler, et al., 1989, p.35) manifiesta que “el cambio terapéutico se relaciona con aspectos del paciente, del terapeuta, y de la relación que se establece entre ambos”.

Echeberúa & De Corral (2007) sostienen que en los casos de víctimas de un trauma pueden beneficiarse de un tratamiento individual orientado a las necesidades específicas de cada persona y organizar un tratamiento a la medida; y de un terapia grupal. Creen que el apoyo individual es fundamental, pero puede ser insuficiente al momento de enfrentar los problemas interpersonales.

El tratamiento con un enfoque grupal puede ayudar a superar la resistencia de las víctimas a hablar del evento traumático, romper el aislamiento social y familiar que es consecuencia de la incapacidad para narrar dicho evento, aprender estrategias de afrontamiento a partir de las experiencias traumáticas de las demás personas, adquirir una nueva actitud de confianza y motivación a través de los logros de los otros así como también ayudar a contribuir a recuperar el autoestima de los demás miembros del grupo. (p.382).

En suma, el tratamiento de grupo puede estar principalmente indicado cuando una persona es víctima de un trauma complejo y resistente al cambio. Los síntomas más comunes en estas circunstancias implican una alteración de la identidad personal, un descontrol de los impulsos y falta de confianza en las demás personas, así como también pueden aparecer otros trastornos (depresión, abuso de alcohol, etcétera). En

estos casos Echeburúa (2009), sostiene que un tratamiento grupal intensivo ayuda a reconstruir la confianza personal y social perdida. (p.131).

Dicho autor señala que en estos tipos de tratamiento es preferible la presencia de dos psicoterapeutas de diferente sexo, debido a que la interacción de un hombre y de una mujer con las víctimas de un evento traumático facilita la reaparición de la confianza.

Cabe imprescindible destacar aquí al trauma colectivo, entendido como un

proceso de desestructuración social de los sistemas básicos de valores y creencias compartidos originado por una o más de las violencias derivadas de (a) las condiciones sociales, económicas o materiales compartidos por una mayoría significativa de sus miembros, (b) las condiciones políticas y sociales, (c) las situaciones de amenaza o miedo por la seguridad individual o de grupo (...). (Pérez Sales, 2006, p.60).

Es un proceso de interacción y de reinterpretación con la narrativa social compartida que nace de los procesos históricos, de la situación presente y de la perspectiva compartida de futuro como individuos y como grupo.

La experiencia de las personas relatadas en los espacios grupales permite en cierta forma abrirse al mundo a través de una mirada más global, rescatando pensamientos y configuraciones diferentes a los que se tiene sobre el daño, dando apertura a una nueva forma de ver las cosas, basados en conceptos de afrontamiento y resistencia a la adversidad.

Pérez Sales (2004, p.35) expresa que

uno de los retos de las psicoterapias contemporáneas es incorporar progresivamente formas de terapia basados en el desarrollo y la potenciación de los recursos de fortaleza y resistencia de las personas, no colocando el énfasis sólo en la mitigación de los problemas y debilidades.

Siguiendo con lo planteado, la efectividad de la psicoterapia parece depender de una adecuada alianza terapéutica, es decir del acuerdo entre el terapeuta y el sujeto que consulta acerca de las metas y tareas del tratamiento así como de un compromiso mutuo en la tarea.

Esta relación establecida es la principal base sobre la que se sustentan las psicoterapias.

La relación psicoterapéutica es una relación profesional que asienta sobre una relación interpersonal. La relación profesional exige roles técnicos específicos y asimétricos, los cuales se sostienen a partir de una relación humana entre personas que están de acuerdo en trabajar juntas. (Guía clínica para la psicoterapia, 2004, p. 100).

Se entiende entonces que una buena psicoterapia es una libre contratación. Es la que sostiene un proceso, y una terapia errada es la que no da lugar a ese proceso. Una mala psicoterapia es aquella en la que no ocurre un proceso de cambios.

Greenson plantea que para que este proceso pueda funcionar, el sujeto que consulta tiene que tener algunas condiciones significativas, como por ejemplo la "motivación". Esa motivación está referida a que el sujeto pueda enfrentar los problemas que traen sufrimiento, esfuerzos, costos, dolor, culpa y ansiedades muy profundas. Es decir la persona debe estar dispuesta a enfrentarlos para poder reconstruirse como sujeto. (Fiorini, s.f., p.2).

Uno de los factores esenciales en el pronóstico de los resultados es el grado de "involucramiento del paciente" en el proceso psicoterapéutico. (Baer et al., 1980, Kolb, 1981, Gómez & Schwartz, 1978, citados en Winkler, et al., p.38). Puede que no difiera significativamente en función del tipo de terapeuta o de modelo de psicoterapia, sino que se cree que es una característica propia del sujeto que consulta.

"Los pacientes que andan mejor en la psicoterapia y que mantienen los beneficios de la misma son aquellos que piensan que los cambios realizados han sido, ante todo, resultado de sus propios esfuerzos". (Asay & Lambert, 1999, citados en Lanza, (s.f.), ¶133).

En pos de responder la pregunta que líneas atrás surgió, no existe un acuerdo respecto al rol y a la función que debe cumplir el terapeuta a la hora de trabajar con sujetos que hayan sufrido una experiencia traumática ya que las metas del tratamiento pueden variar de paciente a paciente por el propio carácter irrepetible de su existencia y de sus experiencias y vivencias, por lo tanto las exigencias a los profesionales varían sistemáticamente.

Sin embargo existe un consenso en el hecho de que hay diferencias entre los terapeutas y sus habilidades. Estos no sólo son diferentes en sus características objetivas (edad, sexo, raza, religión, etc), sino en relación con la experiencia que tienen, su estilo terapéutico y las intervenciones específicas que realizan, además que

aportan otra serie de características subjetivas que tiene que ver con sus creencias, valores y expectativas acerca de los pacientes. (Castro, 2001, p.71).

Para ello resulta interesante señalar los elementos que podrían ser comunes a cualquier psicoterapia en términos de las variables del terapeuta.

Rogers se ha interrogado a fin de descubrir cómo personas, cuyos caracteres, orientación teórica, métodos, eran tan diferentes, podían resultar eficaces en la situación terapéutica y cómo cada una de ellas podía inducir a un cambio constructivo y una actualización de la personalidad. A todo esto llegó a concluir que en todas aportan a la relación terapéutica ciertos componentes de "actitud".

Esta actitud se resume en que el terapeuta vive al paciente como una persona que tiene la capacidad de desarrollarse desde sí mismo. (Artiles, s.f., p.42).

Es fundamental que el terapeuta esté "abierto" a los sentimientos y actitudes que se manifiestan en él ante el paciente.

Todo terapeuta tiene sus métodos y técnicas, los cuales se enuncian en una actitud la cual traduce su cuadro de valores. Para Rogers, "un terapeuta no enseña, ni impone valores específicos, pero aplica una orientación que es su filosofía de la relación terapéutica". (Artiles, s.f., p.42).

El terapeuta debe de tener una actitud que favorezca el cambio. Pérez Sales (2003) destaca que "tener una actitud corporal que facilite la comunicación es fundamental. Contacto con la vista como signo de aceptación y de escucha (...) Dar signos de atención que animen a la persona a sentirse cómoda hablando". (p.50).

Una actitud objetiva, comprensiva del analista va a permitir al paciente encarar en forma distinta sus reacciones emocionales y lograr así que éste se reconstruya.

Cabe decir entonces que la actitud por parte del terapeuta debe de ser neutral, de respeto, sin invadir ni manipular el discurso del sujeto, brindándole un espacio de escucha, respetando los tiempos, creencias y valores del mismo. Esto es lo que Fiorini denomina "neutralidad valorativa y afectiva del terapeuta". (s.f., p.1).

Muchas situaciones traumáticas comportan elementos éticos que implican y condicionan el vínculo terapéutico. "Sólo es posible establecer una relación de ayuda cuando no se actúa en función de estereotipos". (Pérez Sales, 2006, p.125). Es decir, que es fundamental no establecer estereotipos a partir de cómo el sujeto ingresa a la consulta, viste, habla, etcétera.

Otro aspecto importante es que el terapeuta sepa manejar los silencios, ya que en los casos de situaciones traumáticas se desgranar historias angustiantes, dolorosas, en donde el propio terapeuta puede sentirse horrorizado. “Aguantar el silencio, la información angustiante y el dolor de la otra persona el tiempo que sea necesario sin perder la calma es una de las habilidades básicas en esta situación”. (p.126).

En concreto, una relación terapéutica resulta efectiva si el terapeuta asume determinadas actitudes en función de las cuales se hace posible un espacio relacional, que permite al paciente lograr en y desde sí mismo, un cambio que le admita reestructurar su modo de existir.

Es completamente erróneo creer que el buen terapeuta debe “hurgar” en los hechos que el sujeto trae a la consulta. El foco de atención está en poder explorar y evaluar las diferentes narrativas que trae la persona, detectar cuáles de estas narrativas pudieran ser disfuncionales en el futuro y trabajar de forma conjunta las nuevas alternativas de entender los hechos. (Pérez Sales, 2004, p.33).

Rogers plantea que “el terapeuta ideal es, por encima de todo, empático... y el grado de empatía presente en los inicios de la relación, permite prever el resultado final del tratamiento”. (Rogers & Rosenberg, 1981, citados en Winkler, et al., 1989, p. 37).

En palabras de Ruiz & Villalobos (1994, citados en Ruiz, 2010, p. 224) “un terapeuta empático ha de ser capaz de entender adecuadamente no sólo los pensamientos y sentimientos que el paciente está expresando, reconociendo su significado, sino también las implicaciones emocionales, conductuales y cognitivas que tienen en su vida”. Es pocas palabras, la empatía es pensar y sentir con el paciente.

Se requiere entonces que el terapeuta responda de manera empática, que sintonice con los estados de ánimo del sujeto que consulta pero sin dejarse llevar por estos.

Hay quienes consideran que el sexo del psicoterapeuta es irrelevante, pero en algunos casos la identidad de sexo entre víctima y el terapeuta es importante. Esto sucede, por ejemplo en las mujeres víctimas de violencia doméstica, preferiblemente buscan a terapeutas de su mismo sexo ya que facilitaría la interacción y el establecimiento de una alianza terapéutica positiva.

Otro elemento según Winkler, et al., que podrían ser comunes a cualquier psicoterapia en términos de las variables del terapeuta es la “personalidad” de éste, como uno de los factores importantes en el éxito o fracaso de un tratamiento.

Para Fromm Reichman. 1958, Lerner, 1974, Strupp, 1978, (citados en Winkler, et al., 1989, p. 37), “el terapeuta deber tener una personalidad madura, evidenciar un alto nivel de autoconocimiento, y tener satisfechas sus necesidades básicas, como características esenciales para lograr resultados terapéuticos positivos”.

Siguiendo a Lerner, el éxito del terapeuta reposa en las cualidades personales del terapeuta y no tanto en la formación académica del mismo, éstas son: “la objetividad, honestidad, capacidad para establecer relaciones o vínculos, libertad emocional, seguridad, integridad, intuición, paciencia, perceptividad, empatía, creatividad e imaginación”. (Citado en Winkler, et al., 1989, p. 37).

El terapeuta debe poseer una sensibilidad clínica que le permita hacer una evaluación de las necesidades del paciente, del tipo de ayuda que requiere y los obstáculos que pueda presentar. Para poder llevarlo a cabo debe de desarrollar una serie de “habilidades” que promuevan un proceso de cambio en el sujeto que consulta.

Para ello se necesita desarrollar según Brammer (1979, citado en Winkler, et al., 1989, p. 38): “la capacidad de atender y escuchar, y las habilidades de guiar, reflejar, confrontar, interpretar, informar y resumir”.

Las intervenciones que el terapeuta haga van a generar un cambio, una transformación en el sujeto, buscando que éste logre un mayor conocimiento de sí mismo. Esto implica pensar junto al que consulta, y es a partir de la mirada y la escucha que ocurre la intervención. Escuchar implica atender a lo que el paciente comunica, procesar los datos atendidos y emitir respuestas de escucha verbales y no verbales.

En palabras de Pérez Sales (2003):

saber escuchar sin juzgar, sin interrumpir, sin decir frases obvias o tópicas, es vital como experiencia de reconstrucción para la persona porque va contra la idea de que es inútil hablar *porque pocos están dispuestos a escuchar y nadie puede entender.* (p.49).

Como último punto Winkler, et al., (1989) señalan el “nivel de la experiencia” del terapeuta. Existen estudios que a mayor edad y experiencia los terapeutas tenderían a actuar con más empatía y exploración, conductas de gran peso en relación a los cambios positivos en los sujetos que consultan. Sin embargo, los terapeutas con mayor experiencia no siempre son los más eficaces. Lo importante, más que el nivel

de experiencia y entrenamiento en sí mismos, parece ser el nivel de habilidad terapéutica adquirido.

Por esto, y más allá de la eficacia de las técnicas que se pretendan utilizar, las características personales del terapeuta desempeñan un papel significativo en el resultado final de la terapia.

A pesar del interés generalizado en relación con la preparación adecuada de los psicoterapeutas para que atiendan a las exigencias actuales de los sujetos que concurren a consulta, los estudios sobre la variable terapeuta siguen siendo incipientes ya que pocos investigadores han demostrado interés sobre esto.

Aparentemente todavía impera en los medios académicos la creencia, que históricamente desanimó el estudio de las habilidades del terapeuta, de que la terapia es una especie de arte y no de ciencia y que ser un buen terapeuta es un talento innato. (Shirk & Phillips, 1991, Weisz, Donenberg, Hann & Weiss, 1995, citados en Marinho, et al., 2003, p.137).

Cuándo la víctima se recupera de una experiencia traumática

Así como varían las reacciones de un sujeto frente a un acontecimiento traumático, la duración del proceso de recuperación y las fases del cambio también. Echeburúa (2009) sostiene que esta recuperación es un proceso único, y lo que importa es identificar el camino que logra hacer cada víctima, independientemente de que la recuperación y las fases de cambio no coincidan con otras víctimas. Afirma que “el trauma se soluciona sólo cuando la persona es ya capaz de abrirse a nuevas experiencias”. (p.181). Es decir, cuando la persona aún sin olvidar el dolor, es capaz de integrar el evento traumático como algo que forma parte de su pasado, su historia de vida y puede tener una vida normal gracias a las estrategias de afrontamiento.

En los casos en donde la víctima haya recibido un tratamiento psicoterapéutico, la recuperación es más probable cuando hay una asistencia constante a las sesiones del tratamiento y cuando se hayan llevado a cabo de forma regular. En cambio, otras personas pueden recuperarse más rápido porque acuden a sus familiares, amigos, grupos de apoyo o buscan consuelo en la espiritualidad.

Siguiendo a Echeburúa (2009) un indicador positivo de mejoría es cuando el sujeto recupera la expresión verbal de los sentimientos y se ordenan los recuerdos del

evento traumático. En algunos casos, más allá de las palabras, la reaparición de expresiones gestuales por ejemplo sonrisas, o físicas, como abrazos y besos dan indicios de una recuperación. Es importante tener en cuenta si el sujeto recobró las constantes biológicas en relación con el sueño y el apetito.

Otro indicador es cuando aumentan la cantidad y calidad de las actividades, por ejemplo “una comida sabrosa, una lectura interesante, un paseo por el parque o al borde del mar, un espectáculo entretenido, una música grata, una charla amena o reír a gusto”. (p.183). Poder ayudar a los demás y tener conductas altruistas son comportamientos que sirven como medio para aumentar la autoestima del sujeto, distraerse del dolor propio y, además, fomentar la comunicación y la convivencia con los pares.

Por otra parte, la evolución positiva del paciente es más probable cuando ha recibido una reparación moral por parte de la sociedad, como por ejemplo detener a los agresores, estar al tanto de su situación penal, etcétera, y haber obtenido una indemnización justa.

Resumiendo, la víctima sólo llega a sentirse recuperada cuando recobra la sensación de que puede tomar decisiones y controlar razonablemente su vida, considerando al evento traumático como algo pasado que forma parte de su historia personal.

Es preciso tener en cuenta que la persona que se ha recuperado de una experiencia traumática corre mayor riesgo de futuras recaídas si están expuestas a nuevos eventos. “La mayor o menor probabilidad de recaídas está en función de las estrategias de afrontamiento adquiridas en el tratamiento y en sus experiencias vitales”. (Shalev, et al., 2003, citados en Echeburúa, 2009, p. 186).

Por lo general, como se puede apreciar la evolución de la recuperación depende de las estrategias que el sujeto haya optado para hacerle frente al evento traumático. En los casos donde estas estrategias se tornen negativas, como por ejemplo beber alcohol en exceso, automedicarse con tranquilizantes, etcétera, el pronóstico es más difícil y oscuro.

El fracaso del tratamiento psicoterapéutico se relaciona muchas veces al trauma en sí mismo, pero otras veces depende de algunos factores como la aparición conjunta de diversos trastornos, a cronicidad del trauma, la aparición de circunstancias vitales adversas como por ejemplo, divorcio, pérdida de empleo, etcétera, y la inobservancia de las prescripciones terapéuticas. (Shalev, et al., 2003, citados en Echeburúa, 2009, p. 185).

Consideraciones finales

Este trabajo permite entender a la psicoterapia como un sistema abierto e integrado, en que cada una de las partes implicadas (paciente y terapeuta), aporta sus características, de cuya integración nace la relación terapéutica y se determina su efectividad. Esta relación establecida es la principal base sobre la que se sustentan las psicoterapias.

Existe un creciente consenso en que un terapeuta bien formado debe conocer las intervenciones básicas de varios modelos teóricos y debería usarlos en función del paciente particular a tratar. Por esto se habla de que el psicoterapeuta debe de tener una concepción integradora, dejando en el olvido la duda ¿Qué psicoterapia puede ser más efectiva?, ya que todas pueden serlo si cumplen con los objetivos y estos responden a las demandas de nuestros pacientes. Lo que importa es tratar de dejar en claro que la eficacia y la eficiencia dependen no sólo de las técnicas seleccionadas, y de las características del sujeto que viene a consultar, sino que también de cómo el terapeuta responde a este proceso.

Contemplado esto y a los fines de esta monografía, puedo expresar que el terapeuta debe de brindar un espacio de contención emocional y de orientación sobre las posibles reacciones que puedan presentar las personas que han sufrido una experiencia traumática. La calidad de la relación terapéutica es un factor clave en el proceso de recuperación. Para ello el terapeuta debe de tener una actitud que favorezca el cambio, la escucha activa en un ambiente acogedor de máxima confidencialidad y la expresión de emociones van a permitir que el sujeto que consulta haga consciente sus recursos psicológicos, y va a lograr tener expectativas positivas frente a su recuperación.

Vale aclarar que la relación con el terapeuta no constituye el tratamiento en sí, pero es un requisito previo fundamental para establecer los objetivos terapéuticos y un compromiso mutuo con la tarea, con el fin de poder ayudar al sujeto a reconstruirse y superarse.

La mayor parte de los estudios plantean el constructo del trastorno de estrés postraumático como una respuesta universal frente a las situaciones traumáticas, pero cada vez hay más investigaciones que demuestran que no hay una única forma de reacción frente a estas situaciones. Además, estas formas de respuesta van a estar influenciadas por el contexto y la cultura.

En relación a esto es imprescindible recalcar que las primeras reacciones que aparecen en el sujeto deben de ser vistas como normales y no desde el lugar de la patología. Debemos de exhortar a que se trabaje en la prevención en los primeros momentos después de un suceso traumático, ayudando a que el sujeto pueda recuperarse, extendiéndole una red de apoyo y contención.

La variabilidad de los eventos traumáticos (desastres naturales, accidentes, secuestros, guerras, agresión sexual, etcétera) conlleva no sólo distintos efectos sino diversas interpretaciones y respuestas. Es aquí donde el terapeuta va a tener que considerar qué tipo de técnica se adecuará más a las necesidades del sujeto.

Retomando el título de este trabajo, pienso e insisto en que el papel del terapeuta debe ir por el camino de reorientar a las personas para que de alguna manera encuentren el modo de aprender y crecer con la experiencia traumática. “Hoy existen tratamientos psicológicos efectivos, que junto con el paso del tiempo y el apoyo familiar y social, pueden devolverle a una persona las ganas de disfrutar de la vida”. (Echeburúa, 2009, contratapa del libro).

Referencias bibliográficas

Artiles, M. (s.f.). *Psicoterapia rogeriana y actitud del terapeuta*. Recuperado de <http://bibliotecaparalapersonaepimeleia.com/greenstone/collect/ecritos2/index/assoc/HASH708a.dir/doc.pdf>

Bados, A. (2005). *Trastorno por estrés postraumático*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/356/1/117.pdf>

Benyakar, M., & Lezica, A. (2005). *Lo traumático, clínica y paradoja*. Tomo 1. Buenos Aires: Biblos.

Benyakar, M. (2010). *Entrevista a Moty Benyakar*. Recuperado de <http://www.elsigma.com/entrevistas/entrevista-a-moty-benyakar/12179>

Bernardi, R., Defey D., Garbarino, A., Tutté, J., & Villalba, L. (2004). *Guía clínica para la psicoterapia*. Rev. Psiquiatría Uruguay 68 (Nº2): pp.99-146. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/dic2004/02_guia.pdf

Casas de Pereda, M. (2005). *El trauma y el inconciente*. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, nº 100.

Castro, A. (2001). *¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas?* Recuperado de <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico3/3Psico%2005.pdf>

Cruz Villalobos, L. (2012). *Posibles deconstrucciones del trauma. Una aproximación posmoderna*. Revista Sociedad & Equidad Nº 3.

Dryzun, J. (s.f.). *Daño o desafío: posicionamiento subjetivo ante el trauma*. *Revista internacional de psicoanálisis*, nº024. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000418>

Echeburúa, E., & De Corral, P. (2007). *Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué?* *Psicología conductual*, Vol. 15, nº3, p. 373-378.

Echeburúa, E. (2008). *Retos de futuro de la psicología clínica*. Recuperado de <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/viewFile/706/1121>

Echeburúa, E. (2009). *Superar un trauma: El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.

Ey, H., Bernard, P., & Brisset, Ch. (1996). *Tratado de psiquiatría*.

Feixas, G., & Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós

Fenichel, O. (1996). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. (3ra. Edición). Buenos Aires: Paidós.

Fiorini, H. (s.f.). *Que hace a una buena terapia psicoanalítica*. Recuperado de http://www.hectorfiorini.com.ar/psi_fya.pdf

Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En: Freud, S. *Obras Completas*, Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu.

García Vázquez, S. (s.f.). *Trauma psíquico y método psicoanalítico*.

Herrera, L., & García, N. (2003). *La investigación en psicoterapia: En busca de senderos eficientes*. *Revista cubana de psicología* vol. 20, nº 2.

Jiménez, J. (2000), *¿Investigación en psicoterapia? Claro que sí, pero, ¿a quién le interesa?* Recuperado de

<http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17178/17903>

Kaes, R. (2002). *Polifonía del relato y trabajo de la intersubjetividad en la elaboración de la experiencia traumática*. *Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*, Vol. 25, nº2, p. 15-25.

Lanza, G. (s.f.). *Poner la sesión por escrito: una técnica para optimizar la psicoterapia*.

Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000388&a=Poner-la-sesion-por-escrito-una>

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

Leys, R. (2000). Freud and Trauma. *Trauma: a genealogy*. Recuperado de

https://books.google.com.uy/books?hl=es&lr=&id=0n9CLMq2LqYC&oi=fnd&pg=PR7&dq=trauma+en+laplanche&ots=HER6lI8N3N&sig=Nke_B1Pi07_jX2dP6rOvQc0mjFk#v=onepage&q=trauma%20en%20laplanche&f=false

Lira, E., Becker, D., Isabel, M., & Castillo, P. (1991). *Psicoterapia de víctimas de represión política bajo dictadura: un desafío terapéutico, teórico y político*. Recuperado de

<http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentaciongac/psiquiatria-psicologia-clinica-y-psicoterapia/trauma-duelo-y-culpa/109-psicoterapia-de-victimas-de-represion-politica/file>

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: el DSM-IV de la American Psychiatric Association. (1997).

Marinho, L., Caballo, V., & Silvera, J. (2003). *Cuestiones olvidadas en la terapia conductual: las habilidades del terapeuta*. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Vicente_Caballo/publication/259494991_Cuestiones_olvidadas_en_la_terapia_conductual_las_habilidades_del_terapeuta_Forgotten_questions_in_behavior_therapy_Therapists_skills/links/0046352c446d6b64bd000000.pdf

Marucco, N. (2015). Actualización del concepto de trauma en la clínica analítica. Recuperado de <http://www.revistamentalizacion.com/ultimonumero/octubre-f-marucco.pdf>

Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional. (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. OMS: Ginebra.

Paez, D., Fernandez, I., & Beristain, C. M. (2001). Catástrofes, traumas y conductas colectivas: procesos y efectos culturales. En C. San Juan, *Catástrofes y ayuda en emergencia: estrategias de evaluación, prevención y tratamiento* (pp. 85-148). Barcelona: Icaria.

Pelechano, V. (2007). *Viejas y nuevas cuestiones en las viejas y nuevas terapias psicológicas*. Revista de psicopatología y psicología clínica. Vol. 12, nº2, p. 71-90.

Pérez Sales, P. (2003). *Psicoterapia de apoyo en situaciones traumáticas*. Recuperado de www.pauperez.cat/es/tematico/articulos/psicoterapia/20-psicoterapia-de-apoyo-en-situaciones-traumaticas

Pérez Sales, P. (2004). El concepto de trauma y de respuesta al trauma en psicoterapia.

Pérez Sales, P. (2006). Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora. Recuperado de http://www.pauperez.cat/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=50&Itemid=8

Pérez Sales, P. (s.f.). *Intervención en catástrofes desde un enfoque psicosocial y comunitario.*

Ruiz, H. (2010). *Guía práctica de hipnosis: De las técnicas básicas a la regresión.* Madrid: Nowtilus, S.L.

Santibáñez, P., Román, M., & Vinet, E. (2009). *Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica.*

Sigales, S. (2006). *Catástrofe, víctimas y trastornos: Hacia una definición en psicología.* Recuperado de http://www.um.es/analesps/v22/v22_1/02-22_1.pdf

Tutté, J.C. (2002). El concepto de trauma psíquico: un puente en la interdisciplina. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*, ISSN 1688-7247.

Vázquez, C., Castilla, C., & Hervás, G. (2009). Reacciones ante el trauma: Resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (ed.), *Las emociones positivas.* (pp. 375-392). Madrid: Pirámide.

Vera, B. (2004): *Resistir y rehacerse: una reconceptualización de la experiencia traumática desde la Psicología Positiva. Personalidad resistente, resiliencia y crecimiento postraumático.* En *Revista Psicología Positiva*, volumen I.

Vera, B., Carbelo, B., & Vecina, M. (2006). *La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático.* Papeles del psicólogo, ISSN 0214-7823, Vol. 27, Nº. 1. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1417558>

Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I., & Sanhueza, J. (1989). *Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización*. Revista terapia psicológica, nº11. Recuperado de http://www.trustplacement.cl/publicaciones/tecnicos/1989_Winkleret_al_Factores_inespecif_de_la_psictpia.pdf