



Anuario de Psicología Clínica y de la Salud / Annuary of Clinical and Health Psychology, 3 (2007) 75-79

¿Qué esconde un trauma? De lo indecible al proceso de recuperación

Balbuena Rivera, F.¹

*Departamento de Psicología
Universidad de Huelva (España)*

RESUMEN

La vivencia de un trauma, en cualquiera de sus manifestaciones (abuso infantil, violencia familiar, etc.) supone una experiencia devastadora para la víctima, cuya vida se ve estigmatizada para siempre, dependiendo el proceso de recuperación de los propios recursos cognitivo-afectivo-motivacionales y conductuales que aquélla posea, así como del grado, alcance y profundidad de las secuelas físicas, sexuales y psicológicas ocasionadas, acerca de todo lo cual se reflexiona en el presente trabajo.

Palabras Clave: trauma, proceso de recuperación, víctima, perpetrador, violencia.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo, además de realizar un análisis del trauma, se pretende evidenciar algunas de las dificultades surgidas en la investigación del tal trastorno, comenzando por la que alude al discurso moral que de ella emerge, en expertos y profanos, dado el inextricable nexo que en tal cuadro clínico existe entre violencia y victimización. Ilustrando esto último cabe mencionar el enfrentamiento que divide a quienes priman la objetividad científica frente a los que anteponen el reconocimiento individual/social de los derechos de los afectados.

En otro plano, el cambio operado del DSM-III-TR (APA, 1987) a la última edición de tal manual, el DSM-IV-TR (APA, 2000), tampoco clarifica adecuadamente qué implica el término exposición indirecta, reabriéndose tal vez con ello el debate que abocó en que desde la aparición del DSM-IV (APA, 1994) se enfatizara la reacción de la persona y no el tipo de evento traumático a la hora de abordar/tratar tal trastorno, ya como víctima, ya como testigo. De igual forma aún se ignora el curso normal o historia natural de las reacciones humanas ante el estrés, de tal modo que muchas de las reacciones psicológicas juzgadas como síntomas, a tenor de listados de clasificaciones diagnósticas, constituyen en realidad respuestas de recuperación y adaptativas cuyo significado vital y curso temporal necesita todavía precisarse mejor (Vázquez, 2005).

Dejando a un lado tales consideraciones, cabe decir que la dialéctica central que subyace a todo trauma proviene del conflicto interno que su víctima debe afrontar entre negar tales horribles sucesos y su voluntad de desvelarlos, de tal suerte que si es la primera opción la que prevalece, al secretismo se añadirán las lesiones psíquicas y las secuelas emocionales que la víctima aqueje, mientras que si es la segunda la que triunfa podrá iniciarse el doloroso camino hacia la cura.

En todo caso, sea cual sea la elección, ello supondrá inevitablemente un elevado coste para las víctimas, que vivenciarán cómo su credibilidad es cuestionada, invitando también a su estigmatización, dado el fuerte ingrediente contracultural que posee investigar el trauma, en la esfera individual como social, de lo que es fiel reflejo la negación, depresión y disociación con que se responde frente a tales atrocidades (Herman, 1997).

A ello debiera también añadirse la completa falta de distinción conceptual que presentan los sistemas diagnósticos actuales entre traumas inducidos por humanos (v. g. robos, violaciones, etc.) y el resto de traumas (v. g. catástrofes naturales) (Vázquez, 2005), lo que, aun contando con una vasta y rica tradición científica, haría factible que el estudio del trauma pudiera compararse a las manifestaciones clínicas de una amnesia episódica, dada la alternancia de períodos de intensa investigación con otros de flagrante olvido. Apoyando tales argumentos estaría también la propia naturaleza de su objeto de estudio, de la que se deriva la difícil situación en que queda sumido el investigador del trauma, al deber encarar la

¹ Francisco Balbuena Rivera. Profesor Contratado Doctor. Departamento de Psicología Universidad de Huelva (Spain). Dirección: Avenida Luis Montoto, 130 A 1-1;41005 Sevilla. E-mail: balbuena@uhu.es

vulnerabilidad humana por un lado y a la capacidad de hacer el mal por otro. A su vez, la labor de este último pudiera verse también enturbiada por acusaciones que ponen en entredicho su supuesta imparcialidad y objetividad, al considerarse su trabajo sesgado y contagiado por los terribles sucesos narrados por las víctimas, abocándole esto en ocasiones al aislamiento profesional de sus colegas (Baranowsky, Gentry y Schultz, 2005).

De forma análoga, aunque ubicado en otro lugar, se halla al testigo (vecinos, familiares, etc.), quien habrá de afrontar el dilema de permanecer sordo, ciego y mudo frente a lo sucedido, o bien relatar lo ocurrido, situándose así al lado de la víctima y no del perpetrador (Alberdi, 2005), cuyo máximo objetivo es silenciar a las víctimas o minar su credibilidad, sirviéndose para ello de todo tipo de argumentos, de tal forma que cuanto mayor sea o perciba su esfera de influencia, más firme será su creencia según la cual puede nombrar y definir la realidad a su antojo.

DE LO INUSUAL A LO COTIDIANO: RASGOS CLÍNICOS DEL TRAUMA

Entre los factores decisivos que influyeron en la investigación del trauma figuran las dos guerras mundiales que asolaron a la Humanidad en el siglo XX, así como otras contiendas bélicas como la guerra de Vietnam, merced a las cuales alcanzó notoriedad el trauma como un legado duradero e inevitable de sus supervivientes, si bien su reconocimiento formal no tendría lugar hasta 1980, en que por vez primera aparecía en el DSM-III la categoría diagnóstica denominada trastorno de estrés posttraumático (TEPT). Y es que fue tan sólo después de la referida fecha cuando a causa de las acciones emprendidas por los veteranos de guerra el TEPT fue legitimado, corroborándose así que el síndrome psicológico que las víctimas de violación, violencia familiar e incesto manifestaban era esencialmente similar al que padecían los supervivientes de una guerra (Herman, 1997).

Fue así como se hizo palpable que tales atrocidades forman parte de la cotidianidad, y no como algunos legos y ciertos expertos pensaban de lo extraordinario, de lo inusual, pudiendo los distintos síntomas del TEPT incluirse en tres categorías principales: hiperactivación o persistente expectativa de peligro, intrusión o huella indeleble dejada por la experiencia traumática, y finalmente constricción, mediante la que se objetiva el embotamiento emocional y actitud de derrota que la víctima aqueja frente al trauma vivido.

Y es que, revivir una experiencia traumática, ya sea mediante la irrupción de recuerdos intrusivos o sueños y otras conductas, siempre lleva aparejada la intensidad emocional de la situación original, que el superviviente debe afrontar, pues si opta por evitar tal cosa lo que conseguirá será agravar el síndrome posttraumático. Asimismo, si bien tales recuerdos intrusivos como los flashbacks, paradigma disociativo para algunos autores y simple elemento de memoria para otros (Pérez Sales, 2006), pueden

conformar parte del trauma, ambos poseen ingredientes diferentes, pues mientras los primeros constituyen recuerdos recurrentes de lo sucedido antes y durante el hecho traumático, los segundos hacen revivir al sujeto la experiencia traumática como si estuviera sucediendo ahora mismo (Echeburúa, 2004). Debe también tenerse presente que si los flashbacks son el síntoma principal, la tarea del terapeuta será la de instruir al paciente en el conjunto de técnicas cognitivo-conductuales adecuadas para reducir su frecuencia y duración.

Ambas respuestas, en todo caso, de intrusión o de evitación de síntomas se alternarán, en un intento del sujeto por hallar un equilibrio inexistente, destacando inicialmente la reexperiencia intrusiva del acontecimiento traumático, que sumirá a la víctima en un estado de agitación, de alerta frente a nuevas amenazas, alcanzando los síntomas intrusivos su punto álgido en los primeros días o semanas después de tal hecho, disminuyendo hasta cierto punto entre los 3 y 6 meses posteriores, atenuándose lentamente después al paso del tiempo. Con todo, los síntomas específicos vinculados con el trauma pueden reproducirse incluso años después activados por circunstancias tales como la fecha en que tuvo lugar el aciago suceso.

Sea como fuere, una vez que los síntomas intrusivos decrecen, aumentan los de evitación, aparentando el doliente no sentir temor, lo que le colocaría al menos idealmente en una posición adecuada para retomar su vida, al parecer vivenciar los sucesos cotidianos desde fuera, con un gran distanciamiento afectivo y sensación de embotamiento y desconexión, que sólo de forma temporal eliminará la repetida reexperiencia del momento del terror. Pues aun si puntualmente tal embotamiento afectivo desapareciera, percatándose la víctima de la expresión adecuada de sus emociones, ello podría influir negativamente en la percepción de sí misma y de sus estrategias de afrontamiento, al hacerla sentirse más vulnerable a los recuerdos traumáticos (Echeburúa, 2004).

Otra tarea que habrán de afrontar los supervivientes de un trauma es la de reexperienciar todas sus luchas interiores por adquirir autonomía, iniciativa, competencia, identidad e intimidad. Aun así, el apoyo social, ya sea a través de la familia, amigos o redes sociales/institucionales es necesario, al emanar de él los primitivos vínculos emocionales de la víctima, como las iniciativas de la comunidad encaminadas a restañar las profundas heridas inflingidas a la víctima de una experiencia traumática, quien anhela recuperar la confianza en otros y saber que no se halla sola en el difícil retorno a la vida cotidiana (Duque, Mallo y Álvarez, 2007). Con todo, estudios serios avalan que quienes se relacionen con la víctima sean flexibles y tolerantes, dada la necesidad fluctuante que posee de cercanía y de distancia, como de restablecer su autonomía y autocontrol. Por el contrario no se debe mostrar tolerancia hacia los episodios incontrolados de agresión de la víctima, al aumentar ello su carga de culpa y vergüenza, como su posible aislamiento social, por lo que junto a altas dosis de paciencia,

ternura y comprensión en el trato con la víctima, aquéllos que se interesan por ella, de forma puntual, podrán exhibir cierta firmeza.

MOMENTOS EN LA "CURA": FASES EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN

Resulta obvio pensar que si fue en ciertos contextos familiares y sociales en los que se produjeron las situaciones de abuso, sea también en otros donde acontezca la recuperación de las víctimas, que por encima de todo ansían reestablecer la sensación de poder y autonomía previas al trauma, juzgando por la primera la convergencia del apoyo mutuo con la autonomía individual, concibiendo la segunda como el sentido del propio sujeto de estar aparte y ser capaz por sí mismo de tomar decisiones significativas.

Dicho esto, para que el proceso de recuperación del paciente sea juzgado de exitoso sería preciso que aconteciera un cambio gradual desde una sensación de peligro impredecible a otra de seguridad fiable, como también una transición desde el trauma disociado al recuerdo reconocido, y del aislamiento estigmatizado a la restauración de la conexión social. De tales fases, resulta prioritaria la primera, la del reestablecimiento de la seguridad, cuya duración puede oscilar desde días hasta semanas con personas traumatizadas, y de meses a años con supervivientes de abusos crónicos, según la gravedad, duración y comienzo temprano del abuso.

En todo caso, el reestablecer la seguridad perdida comienza tratando el control del cuerpo, para ir poco a poco saliendo hacia fuera, hacia el control del entorno. Es así como para reducir la reactividad y la hiperactivación del doliente puede recurrirse a la medicación, siendo de utilidad la relajación y el ejercicio físico duro para el manejo del estrés. El embotamiento mental puede ser tratado ayudándose de diarios para registrar síntomas y respuestas adaptativas, a la par que para fijar deberes y desarrollar planes concretos para su seguridad. Por su parte, la terapia puede servir para que la confianza genuina en otros aumente, mientras que la alienación social puede ser combatida a través de sistemas de apoyo natural (familia, pareja, amigos, etc.), organizaciones de autoayuda o instituciones formales de salud mental, bienestar social y justicia.

Después de controlar el cuerpo, ha de ampliarse la seguridad de la víctima al entorno, cuyo potencial de peligro o seguridad debe ser cuidadosamente examinado, pues si resulta ser un miembro de la familia el causante del trauma la medida urgente más adecuada puede consistir en permanecer de forma temporal en una casa de acogida. Mientras establece esa sensación de estar a salvo, segura, algunas víctimas se rodean de otras personas en todo momento, mientras otras deciden aislarse. Y ya que es posible que elijan personas que más que favorecer interfieran en su recuperación, la evaluación inicial del doliente debe incluir una revisión de los vínculos sociales más significativos con los que cuenta, pues si bien algunos pueden ser fuente de protección, de apoyo emocional, de ayuda práctica, otros pueden

constituir un foco potencial de peligro.

Aun así, parientes o amigos íntimos implicados en proteger a la víctima, deben asumir que durante un tiempo su vida se vea alterada, más drásticamente cuando aquélla exige apoyo y cuidado casi permanente, debiendo plantearse también un plan de protección para el futuro.

Acceder a la siguiente fase, de recuerdo y luto, tiene lugar de forma gradual, siendo un indicador válido de la pertinencia de ello la percepción de la víctima de que ya no es totalmente vulnerable o que está aislada, siendo entonces cuando ha de integrarse la vivencia traumática, que algunas tratan de evitar, pretextando para ello las capacidades que ahora poseen para protegerse, controlar sus síntomas más perturbadores y saber a quién debe acudir para encontrar apoyo.

Con todo, al reconstruir los recuerdos traumáticos se ha de ser prudente, pues si el sujeto se enfrenta a ellos con excesiva precipitación, los revivirá de forma infructuosa, debiendo por ello las decisiones que se tomen atención cuidadosa y amplio consenso entre terapeuta y paciente. Monitorizar los síntomas intrusivos será también de gran utilidad, al permitir ello destapar los recuerdos traumáticos dentro de unos límites soportables, siendo señal si los síntomas empeoran de manera dramática de que ha de irse más lento y reconducir el curso de la terapia.

La reconstrucción del trauma, en todo caso, exige la revisión de la vida del paciente antes del suceso, como de las circunstancias que lo precedieron, todo lo que proporciona un contexto a partir del cual aprehender el significado especial del trauma, de suerte que si llegara a detectarse un inadecuado funcionamiento psicológico previo a la experiencia traumática, debiera indagarse qué aspectos del problema actual son atribuibles a situaciones anteriores al trauma, como qué perfiles de victimización han sido potenciados por la ocurrencia de tales eventos ocurridos antes de la vivencia traumática o bien están conectados con factores de personalidad que la víctima poseía antes de tan horrendo suceso (Anglin, 1998). Sea como fuere, y a medida que lo narrado por el doliente se aproxime a los momentos más insoportables de su historia traumática, éste puede recurrir espontáneamente a otros métodos de comunicación no verbales (v. g. dibujos), tornando a éstos en la primera aproximación más adecuada a estas imágenes imborrables. Pero para que ello sea realmente eficaz, es preciso también que aquél exprese y sienta en su cuerpo todas las emociones asociadas con tal hecho, pues el recuerdo sin emoción casi nunca produce resultados (Duque, Mallo y Álvarez, 2007). En esa tarea, las fantasías de venganza, así como de compensación o perdón irrumpen, con mayor grado e intensidad afectiva en la conciencia del sujeto, que puede transformar su ira indefensa, una vez alcanzada cierta seguridad en el entorno, en indignación justificada, retomando así la capacidad para asumir el timón de su propia vida, a diferencia de si perdonara al agresor u optara por la compensación, ya esperada de una persona en particular o de la sociedad, en donde la sensación de

dirigir la propia vida quedaría supeditada a las acciones de otros, retrasándose así el camino hacia la recuperación.

De igual forma se exige incluir las dimensiones sociales y relacionales de la experiencia traumática, pues si bien técnicas de exposición directa como la inundación parecen mejorar los síntomas intrusivos y de hiperactivación, los síntomas constrictivos de embotamiento mental y de retraimiento social no mejoran necesariamente, al igual que sucede con problemas conyugales, sociales y laborales. Eficaz se ha mostrado igualmente la inundación para aliviar las intensas reacciones a los recuerdos de un único acontecimiento traumático, perdiendo eficacia terapéutica al usarse para tratar experiencias vitales traumáticas prolongadas y repetidas (Herman, 1997).

El proceso de reconstrucción del trauma, a pesar de lo expresado, nunca se completará del todo, pues nuevos conflictos y retos lo reavivarán, sacando a la luz otros aspectos de tal atroz experiencia. Pero si el paciente es capaz de asumir su propia historia y de sentirse esperanzado, podrá mirar al pasado de otra forma, trabajando en el presente para ir poco a poco consolidando el futuro. Será entonces cuando la persona traumatizada habrá entrado en la tercera fase, la de la restitución del propio poder y de reconexión social, mediante la cual ya se sentirá preparada para integrar en su vida las duras enseñanzas extraídas de la experiencia traumática, reconociéndose como víctima y alcanzando a comprender los terribles efectos ocasionados por su victimización.

Como resultado de ello, las víctimas irán aprendiendo a convivir con el miedo, llegando incluso a usarlo como fuente de impulso o de energía, convirtiendo el peligro físico o la angustia mental anticipatoria ante situaciones potencialmente peligrosas en una constante de sus vidas. Su tarea ahora será convertirse en la persona que quiere ser, auxiliándose para ello de los rasgos de personalidad más destacables que poseía antes de la experiencia traumática, como los que forjó durante aquella y los que incorporó en el proceso de recuperación, de cuya integración surgirá un nuevo yo, tanto a nivel ideal como a nivel real.

De tales señas de identidad destacan las construidas en el entorno traumático, al ser sólo cuando las víctimas las reconocen y son capaces de renunciar a ellas, cuando se muestran más dispuestas a perdonarse a sí mismas, al percatarse entonces que el terrible daño inflingido no es permanente. Así, animadas por ello, algunas víctimas emprenden acciones sociales, cuyo objetivo fundamental es ayudar a otros que, como ellas, han sido objeto de experiencias traumáticas. Su vida íntima y sus distintas redes sociales se ven también afectadas, al reiniciar su antigua relación de pareja o comenzar otra distinta, al igual que sucede si deciden tener hijos, estando unos y otros abocados a establecer una dinámica vincular/relacional diferente a la que previamente existía.

Como colofón, y aun el tiempo transcurrido desde su formulación original, nos parece útil referir los

siete criterios señalados por Harvey (1990) para valorar el grado de resolución de un trauma: En primer lugar, que los síntomas del TEPT estén dentro de unos límites controlables. Segundo, que la persona pueda ser capaz de soportar los sentimientos asociados a los recuerdos traumáticos, exigiéndose como tercer criterio que el sujeto posea autoridad sobre tales recuerdos, pudiendo así escoger entre recordar el trauma o dejarlo a un lado. Como siguiente requisito figura que la narración del acontecimiento traumático conforme una descripción coherente vinculada al sentimiento, haciendo referencia el quinto criterio a que el sujeto haya recuperado su autoestima. Por último, el sexto y séptimo criterio aluden respectivamente al necesario restablecimiento de las más significativas relaciones afectivas y sociales de la persona y a la reconstrucción por parte de aquélla de un sistema coherente de significado y valores que englobe la historia del trauma.

El logro de tales criterios puede realizarse mediante psicoterapia individual o de grupo, recomendándose la inclusión en la segunda modalidad terapéutica una vez transcurridos entre seis meses y un año de la experiencia traumática. Y si como hemos indicado la primera fase del proceso de recuperación persigue la búsqueda de seguridad, el trabajo grupal en ésta debiera ser altamente cognitivo y educativo, y en ningún caso de exploración profunda del trauma, pues si no más que facilitar estrategias para el propio cuidado y protección, incrementaríamos la angustia de los integrantes del grupo. La estructura del grupo es, por tanto, didáctica, centrándose en el alivio de los síntomas, la resolución de problemas y las tareas diarias de cuidado básico.

Explorar el trauma, por el contrario, es oportuno en la segunda fase, la de recuerdo y luto, al ser mediante la acción grupal como aquél se agranda, liberando al doliente del aislamiento al que ha estado sometido, pues compartir en grupo la historia del trauma, además de un desahogo o catarsis, implica el paso previo antes del dominio activo del trauma. Y dado que no existe ningún integrante del grupo inicialmente más capacitado que otro para asumir el liderazgo grupal, suele recomendarse un liderazgo compartido, aunque sustentado en una cooperación entre iguales, para así evitar reproducir una dinámica de dominación y subordinación, distribuyéndose de esta forma el desgaste emocional entre varios líderes, y no sobre uno solo, sirviendo éstos de testigos de las historias de los integrantes del grupo (Anglin, 1998). Aunque es frecuente un agravamiento de los síntomas de ansiedad en los inicios del grupo, sus componentes, junto a una sensación de euforia por haberse conocido, se sienten por vez primera reconocidos y comprendidos.

Dada la duración limitada de la psicoterapia grupal, gran parte del trabajo de integración ha de realizarse al final de ésta, debiendo matizarse que el tratamiento de grupo complementa la exploración intensiva e individual de la historia del trauma, pero que en ningún caso la sustituye.

CONCLUSIONES

En sintonía con trabajos previos ya publicados (Rodríguez Vega, Fernández Liria y Bayón Pérez, 2005) creemos que todo modelo de intervención eficaz, eficiente y efectivo en el abordaje y tratamiento del TEPT, debe incluir la experiencia psicocorporal del sí mismo-en relación y no exclusivamente la vivencia corporal, integrando así la experiencia cognitiva con la experiencia emocional somatosensorial. De igual forma, se hace preciso incrementar el número de trabajos que incidan en el funcionamiento psicosocial de las personas, al conformar éste un criterio clave para determinar si un trastorno afecta o no y en qué grado, forma, etc. la cotidianidad del sujeto, lo que raramente recogen los estudios epidemiológicos actuales. Asimismo debe ahondarse en los métodos de medida usados (entrevistas clínicas, instrumentos estandarizados, autoevaluaciones), desde que estudios serios avalan que el tipo y magnitud de la reacción depende estrechamente de tales métodos, como de los criterios más o menos estrictos utilizados, predominando los trabajos guiados por una aproximación dimensional que incluye escalas de síntomas que reflejan distintos grados de reacción, habiendo también otros que se han centrado en las respuestas más extremas, como el desarrollo de un trastorno de estrés postraumático completo (Vázquez, 2005).

REFERENCIAS

- Alberdi I. (2005). Cómo reconocer y cómo erradicar la violencia contra las mujeres. En *Violencia: Tolerancia Cero*. Barcelona: Fundación "La Caixa", 2005, 9-87.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., Text revised)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.,)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text revised,)*. Washington, DC: Author.
- Anglin, J. (coord) (1998). *Trauma Recovery and empowerment. A Clinician's guide for working with women in groups*. New York: The Free Press.
- Baranowsky, A. B., Gentry, J. E., & Schultz, D. F. (2005). *Trauma Practice. Tools for Stabilization and Recovery*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Duque, F., Mallo, M., y Álvarez, M. (2007). *Superando el trauma. La vida tras el 11-M*. Barcelona: La Liebre de Marzo, S. L.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Harvey, M. R. (1990). *An Ecological View of Psychological Trauma* [ms. no publicado, Cambridge Hospital, Cambridge (Massachusetts)].
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and Recovery. The aftermath of Violence from Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books (Trad cast.: *Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Pozuelo de Alarcón (Madrid): Espasa-Calpe, 2004.
- Pérez Sales, P. (Ed.) (2006). *Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Rodríguez Vega, B., Fernández Liria, A., y Bayón Pérez, C. (2005). Trauma, disociación y somatización. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud 1*, 27-38.
- Vázquez, C. (2005). Reacciones de estrés en la población general tras los ataques terroristas del 11S, 2001 (EE.UU.) y del 11M, 2004 (Madrid, España): Mitos y realidades. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 1*, 9-25.

